



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Lenka Lomozová

Hodnocení informovanosti pacientů po kardiochirurgické operaci

Assessment of information knowledge for patients after cardiac surgery

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Klára Burišková

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 04. 2018.

LENKA LOMOZOVÁ

.....

Identifikační záznam

Lomozová, Lenka. Hodnocení informovanosti pacientů po kardiologické operaci. [**Assessment of information knowledge for patients after cardiac surgery**]. Praha, 2018. 85 s., 4 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Burišková, Klára.

ABSTRAKT

Jedním z hlavních úkolů dnešního zdravotnictví je vytvářet podmínky pro efektivní poskytování zdravotní péče ve spolupráci s pacientem. Kardiochirurgická operace je pro pacienty náročná životní situace. K jejímu zvládnutí je mimo jiné důležitý právě informovaný, spolupracující pacient, jež je součástí celého léčebného procesu.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zhodnotit informovanost pacientů, kteří podstoupili kardiochirurgickou operaci. Dále zmapovat problematické oblasti a navrhnout jejich řešení. Výzkumné šetření bylo realizováno metodou smíšenou, a to kvalitativně-quantitativní. Kvalitativní část výzkumu byla provedena formou polostrukturovaných rozhovorů se třemi informanty. Kvantitativní část formou dotazníku. Tento soubor tvořilo 52 respondentů.

Výsledky obou výzkumných šetření jsem podrobila diskusi. Z výsledků vyplynulo, že informování pacientů na dané klinice je ve většině zkoumaných oblastí dostatečné. Prokázal se vliv znalosti pacientů na spolupráci se zdravotníky, především v oblasti rehabilitace. Lékař je hlavním zdrojem informací pro pacienty, ale ti se často snaží doplnit informace i odjinud. Jako vhodné se zdá využití více zdrojů a různých forem informací. Identifikovala jsem skupiny pacientů, vyžadující specifický přístup při podávání informací, především skupinu pacientů starších 70 let.

Aktivní, informovaný pacient, který vnímá odpovědnost za své zdraví, je jedním z předpokladů pro poskytování kvalitní, srozumitelné zdravotní péče. Profesionálním a vstřícným přístupem můžeme podpořit pacienta a zajistit mu lepší zvládnutí operační zátěže i rychlejší rekonvalescenci. Informace určené pro pacienty musí být přizpůsobeny jejich skutečným možnostem a schopnostem.

klíčová slova: informovanost, kardiochirurgie, pacient, předoperační a pooperační péče, spolupráce

ABSTRACT

Creating conditions for the effective healthcare provision in cooperation with the patient is one of the main missions of today's healthcare. A cardiac surgery is a difficult life situation for patients. Being informed, as the basic premise for the patient to become an active part of the entire healing process.

The main aim of my thesis was to evaluate the awareness of patients who underwent a cardiac surgery, to map the problematic areas and to propose solutions. A combination of qualitative and quantitative method was used for the research. The qualitative part was carried out by means of semi-structured interviews with three interviewees. The quantitative part had the form of the questionnaire presented to 52 respondents.

The results of both researches have been analyzed. The results show that the patients seem to have been provided with adequate information at the clinic. Impact of patients' awareness on their cooperation with healthcare professionals was proven, in particular in rehabilitation. A medical doctor remains the main source of information for patients, but they often seek to obtain additional information from other sources. The use of multiple sources and different forms of information seems to be advisable. I identified the groups of patients requiring a specific approach when being informed, in particular patients over 70 years of age.

An active, informed patient feeling the responsibility for his or her health is among the prerequisites for providing quality, comprehensive health care. With a professional and responsive approach, we can support the patient and ensure that he or she better handles the operation strain and recovers faster. Information for patients must be tailored to their real capabilities.

keywords: cardiac surgery, cooperation, information, patient, peroperative and postoperative care

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Ing. Kláře Buriškové za její trpělivost, ochotu a cenné rady. Také bych chtěla poděkovat vedoucím pracovníkům kliniky, kde probíhalo výzkumné šetření, za jejich ochotu, vstřícnost a odbornou pomoc. V neposlední řadě patří velké poděkování mé rodině za podporu během celého studia.

Obsah

1.	Úvod	9
2.	Obecná teoretická východiska	10
2.1.	Historický vývoj postavení pacienta a jeho informování ve zdravotnictví	10
2.2.	Právní a etické aspekty informování pacientů	11
2.2.1.	Legislativní ukotvení v ČR	11
2.2.2.	Svobodný a informovaný souhlas	12
2.2.3.	Etické kodexy	13
2.3.	Faktory ovlivňující informovanost pacienta	14
2.3.1.	Prožívání nemoci	14
2.3.2.	Zdravotní gramotnost	16
2.3.3.	Komunikace	17
2.3.4.	Fyzický stav	19
2.4.	Zdroje informací	21
2.5.	Možnosti hodnocení informovanosti pacientů	24
3.	Kardiochirurgie	27
3.1.	Proces hospitalizace pacienta z pohledu podávání informací	27
3.1.1.	Předoperační příprava	27
3.1.2.	Pooperační péče	29
3.1.3.	Překlad, propuštění, plánování následné péče	31
3.2.	Specifické informace pro pacienty dle typu operačního výkonu	32
3.2.1.	Ischemická choroba srdeční – operace aorto-koronární bypass	32
3.2.2.	Vady srdečních chlopní - výkony na aortální, mitrální či trikuspidální chlopni	33
3.2.3.	Chirurgická léčba srdečních arytmií	34
3.2.4.	Vrozené srdeční vady	35
3.2.5.	Operace hrudní aorty	35
3.2.6.	Ostatní výkony v kardiochirurgii	36
3.3.	Geriatrický pacient	36
3.3.1.	Specifika podávání informací geriatrickým pacientům	37
4.	Empirická část	38
4.1.	Cíle a výzkumné otázky	38
4.2.	Metodika výzkumného šetření	38
4.2.1.	Etické aspekty	39
4.2.2.	Kritéria pro zařazení účastníků výzkumu	39
4.2.3.	Organizace šetření	39
4.2.4.	Struktura rozhovoru a dotazníku	40

4.2.5.	Zpracování dat	40
4.3.	Výsledky kvalitativního šetření.....	40
4.3.1.	Kategorizace výsledků	41
4.4.	Výsledky kvantitativního šetření	47
5.	Diskuse	62
5.1.	Návrhy pro praxi	73
6.	Závěr	75
7.	Seznam použité literatury	78

Seznam zkratk

Seznam grafů

Seznam tabulek

Seznam obrázků

Seznam příloh

1. Úvod

V současném zdravotnictví, které poskytuje komplexní zdravotní péči, ale je roztržštěné do mnoha odborností, se pacient může ztrácet. Jeho orientace v problematice, která se týká jeho nemoci, léčby, možných postupů, volby zdravotnického zařízení, lékaře apod. se snadno stává obtížnou. Pacient informace získává z různých zdrojů již před vstupem do nemocničního prostředí, a proto je dnes kladen důraz na zvýšení zdravotní gramotnosti veřejnosti. V případě, že se jednotlivec stává pacientem, je stav jeho dosavadního poznání důležitý pro jeho aktivní účast při poskytování zdravotní péče tak, aby sám cítil potřebu informací o zdraví a nemoci. V prostředí poskytovatelů zdravotní péče pak důležitou roli zaujímá zdravotník, jako hlavní zdroj informací. Pacient bývá postaven před rozhodnutí podstoupit či nepodstoupit zdravotní zákrok, před jeho alternativy, pohybuje se často v jemu neznámém prostředí. My, zdravotníci, máme za úkol jej tímto prostředím bezpečně provést, dostatečně ho informovat a edukovat tak, abychom vytvořili podmínky pro efektivní poskytování zdravotní péče ve spolupráci s pacientem. Cílem je informovaný pacient schopný aktivního postoje na cestě ke svému zotavení. Zaměření mé práce je směrem k dospělým pacientům, kteří podstoupili kardiochirurgickou operaci. Operační výkon představuje pro pacienta nespornou zátěž a i vzhledem k dnešnímu spektru operovaných nemocných, kdy se operují pacienti více rizikovní, vyššího věku a často s mnoha přidruženými onemocněními, je kladen ještě větší důraz na jejich dostatečné informování, na správně vedenou komunikaci a aktivní zapojení pacienta do léčebného procesu. Profesionálním a vstřícným poskytováním zdravotní péče můžeme zajistit pacientovi srozumitelnou pooperační péči, lepší zvládnutí operační zátěže, dobré a nekomplikované hojení i rychlejší rekonvalescenci.

Ve své diplomové práci se v části teoretické zaměřuji na historické hledisko informování pacientů a na současný stav z pohledu právního i etického. Dále se zabývám faktory, které ovlivňují informovanost pacienta, zdroji informací pro pacienta a také se věnuji možnostem hodnocení informovanosti pacientů v České republice (ČR). V závěru teoretické části uvádím problematiku kardiochirurgických pacientů, zejména se zaměřením na časné předoperační a pooperační období. V empirické části představuji výsledky smíšeného výzkumné šetření, které jsem realizovala na kardiochirurgickém pracovišti u pacientů po elektivním operačním výkonu.

Tematicky relevantní literaturu jsem dohledávala především prostřednictvím elektronických databází EBSCO, Medvik, MEDLINE, PubMed a vyhledávače Google Scholar. Zvolila jsem také rešeršní službu Národní lékařské knihovny. Jazyk jsem stanovila český, slovenský a anglický. Výběr nalezených zdrojů byl omezen na období let 2005–2017.

„Každý slyší jen to, čemu rozumí.“ Johann Wolfgang Goethe

2. Obecná teoretická východiska

V této části se pokouším definovat základní pojmy a témata, které se vztahují k informovanosti pacientů. Nejdříve se poohlédnu za historickým vývojem pacienta ve zdravotnictví. Dále se budu věnovat základním právním a etickým aspektům, které souvisejí s podáváním informací pacientovi. V kapitole následující se budu zabývat faktory, které mohou ovlivňovat schopnosti a možnosti pacienta podílet se informovaně na péči o své zdraví, a dále možnými zdroji, které pacienti využívají. V poslední kapitole popisují zjištěné možnosti, jakým způsobem lze hodnotit informovanost pacienta v ČR.

2.1. Historický vývoj postavení pacienta a jeho informování ve zdravotnictví

Role pacienta ve zdravotnictví se v Evropě i v naší zemi v posledních desetiletích mění v souvislosti s tím, jak se mění paternalistický vztah lékaře a pacienta v partnerský. Tím se mění i vztah pacienta k informacím o vlastním zdraví a nemoci. Paternalistický vztah je charakterizovaný očekáváním pacienta, že lékař rozhodne o jeho léčbě podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, a pacient tak přesouvá právní i praktickou odpovědnost na lékaře. Jak k dříve praktikovanému paternalistickému vztahu uvádí Haškovcová (2015, s. 90): „*Lékař si byl vědom své odpovědnosti a zcela samozřejmě se ujímal otcovské, vůdcovské, dominantní role a neočekával žádnou korekci svých doporučení a rad.*“ Pacient tedy neměl jiné informace, než které mu sdělil jeho lékař. Změnu přinesl zvláště technický pokrok druhé poloviny dvacátého století a na jeho podkladě odosobnění medicíny, kdy se pacient dostával do rukou mnoha odborníků a v systému péče se přestával orientovat. Díky tomuto pokroku také přibýlo chronicky nemocných, kteří potřebují informace, aby ve spolupráci se zdravotníky zabránili opětovnému vzplanutí nemoci. Vystala nutnost reorganizace zdravotnictví a participace pacienta v systému poskytování zdravotní péče. Nemocní sami nárokovali změnu vztahu mezi lékaři a pacienty ve fungující model. V tehdejší Československu ovšem socialistické ideologie redukovaly péči o nemocného člověka na péči o nemocné tělo, a tak i vývoj lékařské etiky byl velmi zpomalen. (Haškovcová, 2015, s. 24–25) I zdravotní sestry měly omezené možnosti. Jak uvádí Svěráková (2012, s. 28): „*Edukace pacientů byla vesměs omezována pouze na poskytování jednoduchých instrukcí a informací, které se týkaly převážně léčebného režimu.*“ Postupná změna přišla až v 80. letech, kdy se začal prosazovat význam vzdělávání pacientů. Začaly být také organizovány i vzdělávací akce pro zdravotnické pracovníky, kteří se učili principům vzdělávání pacientů a jejich rodinných příslušníků. Další rozvoj pak přišel v 90. letech společně se společensko-ekonomickými změnami. (Svěráková, 2012, s. 28) Haškovcová (2015, s. 27) však poukazuje na fakt, že „*proměna paternalismu v partnerství není jednoduchá, a proto není ani ukončená*“.

Samotný pojem pacient došel ve vývoji času také proměnami. V českém prostředí se právě v souvislosti s přechodem z paternalistického vztahu lékaře a pacienta začal nově objevovat i pojem klient, a to nespíš ve snaze zvýraznit aktivní přístup nemocného člověka. Ovšem k ustálení tohoto pojmu v systému poskytování zdravotní péče nedošlo, protože přesně nevystihuje postavení nemocného člověka. Klient je zákazník, osoba, která užívá určitých objednaných služeb, za něž následně zaplatí. Tento princip lze uplatnit u některých zdravotnických či sociálních služeb, které ovšem nevycházejí z přímé lékařské indikace. Kdežto pacient je trpící nemocný člověk, potřebující odbornou pomoc. (Haškovcová, 2015, s. 92–93) Jak dále v této souvislosti Haškovcová (2015,

s. 93) uvádí: „Její konkrétní formu si neobjednává a díky svým omezeným lékařským znalostem ani objednat nemůže a také za ni v klasickém slova smyslu neplatí.“

Dnešní pojetí pacienta jako aktivního partnera lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků vyžaduje informovaného, poučeného pacienta. Takový pacient by měl na základě získaných informací dokázat rozhodovat o svém zdravotním stavu. Trend nárůstu chronicky nemocných pacientů dále pokračuje, a tak téma informovanosti je stále pro poskytování zdravotní péče klíčové. Holčík (2011, s. 9) konstatuje: „Na jedné straně toho o lidském organismu víme čím dál tím víc a roste účinnost medicínské technologie. Na druhé straně jak díky lepší a časnější diagnostice, tak důsledkem účinnější léčby i klesající úmrtnosti narůstá počet pacientů vyžadujících další zdravotnické služby.“

2.2. Právní a etické aspekty informování pacientů

2.2.1. Legislativní ukotvení v ČR

Podávání informací pacientům je v ČR v současnosti zakotveno v mezinárodní smlouvě s názvem Úmluva Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen „Úmluva o biomedicině“). Parlament ČR ratifikoval smlouvu, kterou připravila Rada Evropy, v roce 2001. (Šustek, 2007, s. 16–17) Důležitost Úmluvy o biomedicině dále podtrhuje Šustek (2007, s. 16): „Tento zásadní dokument obsahuje celou řadu právních pravidel dotýkajících se zásady ochrany autonomie vůle pacienta, ochrany svobody jeho rozhodování. Klade silný důraz na zachování a další uplatňování lidských práv a základních svobod v mezích pokroku biologie a medicíny.“

Další legislativní vymezení práv a povinností související s podáváním a přístupem k informacím při poskytování zdravotní péče je v ČR především v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“). V souvislosti s poskytováním informací má dle § 28 tohoto zákona pacient právo především na svobodný a informovaný souhlas, dále právo být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení, být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrzených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje. Dále má např. pacient právo znát jména a příjmení zdravotnických pracovníků i jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb.

V oblasti zdravotnického práva v podáváním informací pacientovi je ještě potřeba zmínit některé povinnosti poskytovatele. Např. v § 31 zákona o zdravotních službách jsou stanoveny povinnosti poskytovatele: „...zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách a povinnost umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny.“ Kdo a v jakém rozsahu podává pacientovi informace, je v § 31 také definováno. Z tohoto ustanovení je zřejmé, že informace pacientovi je povinen předat poskytovatel zdravotní služby u úkonů, které sám provádí a ke kterým je kompetentní. Konkrétně je zde uvedeno: „Informaci o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká; ošetřující zdravotnický pracovník provede do zdravotnické dokumentace záznam o tom, že byla informace podána.“

V souvislosti s předáváním informací pacientovi lze zmínit dále zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Dalším právním předpisem, který se týká nelékařských zdravotních pracovníků, je zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů, zejména vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška mimo jiné vymezuje činnosti zdravotního pracovníka s odbornou způsobilostí a bez odborné způsobilosti a také určuje činnosti jednotlivých kategorií nelékařských zdravotnických pracovníků. Všeobecná sestra v rámci výkonu své profese používá nástroj ošetřovatelského procesu a informování pacienta provází mnoho jejích činností. Metodou ošetřovatelského procesu se pak rozumí „*zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta nebo skupiny osob a stanovení ošetřovatelských problémů, plánování a realizace ošetřovatelské péče, vyhodnocování účinnosti ošetřovatelské péče a zaznamenávání do zdravotnické dokumentace*“. V ČR se tak do ošetřovatelské praxe zavádí pětifázový proces, jehož jednotlivé fáze jsou označovány jako fáze zhodnocení, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení. (Tóthová et al., 2014, s. 16) V předmetné vyhlášce je také jmenována její edukační aktivita „*edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetřovatelských postupech a připravovat na ně informační materiály a motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe*“.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Nový občanský zákoník“) pak rovněž upravuje problematiku zásahů do integrity fyzické osoby. Ten se ve výkladu použije v případech, kdy zákon o zdravotních službách nestanoví jiná nebo podrobnější pravidla. Např. v případě informovaného souhlasu, je v Novém občanském zákoníku v § 97 uvedeno, že „*nevyžaduje-li se pro souhlas písemná forma, má se za to, že byl udělen. Při nejistotě, zda byl souhlas odvolán v jiné než písemné formě, se má za to, že k odvolání nedošlo*“.

Ze shora uvedeného vyplývá, že téma informovanosti pacientů je součástí mnoha právních předpisů, což deklaruje jeho potřebu a důležitost. Jedním z prostředků, jak uvést informování pacienta do praxe, je informovaný souhlas.

2.2.2. Svobodný a informovaný souhlas

Lékařský zákrok je v podstatě narušení integrity člověka. Protiprávnost takového zásahu vylučuje právě udělení souhlasu pacientem. Vyskytují se výjimky, které uvádím na konci této kapitoly. Šustek považuje institut informovaného souhlasu za naplnění znění Úmluvy o biomedicíně vztahující se k informování pacienta o zásahu do jeho zdraví, o účelu, charakteru, důsledku i rizicích. (Šustek, 2007, s. 16) Ovšem období od ratifikace Úmluvy o biomedicíně bylo v naplnění informování pacienta a ve formulaci především písemného informovaného souhlasu nejisté. Ke změně došlo v roce 2006 vyhláškou o zdravotnické dokumentaci, která obsahovala již jasné náležitosti informovaného souhlasu. (Haškovcová, 2015, s. 78) V současné době je právní úprava písemného informovaného souhlasu zakotvena ve vyhlášce č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

Souhlas pacienta je tehdy svobodný, pokud není dán pod nátlakem ani ve stresu, a informovaný, pokud pacient porozumí, k čemu a za jakých podmínek souhlas dává. Svejkovský (2016, s. 240) k tomu dále uvádí: „*Před udělením souhlasu musí pacient znát příčinu a původ nemoci, účel, povahu, přínos, důsledky a rizika poskytované zdravotní služby, jiné možnosti léčby, případně navazující léčbu, omezení a doporučení ve způsobu života.*“ Lékař musí dát prostor otázkám,

přízpůsobit výklad momentálnímu stavu pacienta a také k jeho intelektuálním možnostem. (Svejkovský, 2016, s. 240) V této souvislosti je důležité také zmínit, že forma souhlasu nemusí být vždy formálně předepsaná. V běžných situacích často postačuje souhlas ústní nebo konkludentní. (Haškovcová, 2015, s. 79) Konkludentní souhlas dle Haškovcové (2015, s. 79) znamená, že: „*pacient projeví souhlas slovně nebo mlčky, ale se souhlasným gestem*“. Písemná forma souhlasu je nutná v některých případech, jako je např. typicky souhlas s hospitalizací, nebo povinností plynoucí z jiného právního předpisu, např. ze zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách (umělé oplodnění, sterilizace apod.) nebo ze zákona č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů. Dále je písemný souhlas vyžadován tam, kde poskytovatel zdravotních služeb tak uzná za vhodné s ohledem na charakter zákroku. Prakticky se jedná o zákroky náročnější a rozsáhlejší. Důkazní břemeno o udělení svobodného a informovaného souhlasu pacientem nese poskytovatel zdravotních služeb. Pokud dojde ke komplikacím, o kterých pacient nevěděl, nebo bude-li to tvrdit, nemá ošetřující lékař dostatečnou ochranu, pokud nezískal informovaný souhlas v písemné podobě. Ten by měl být nedílnou součástí zdravotnické dokumentace, a pokud udělil pacient ústní souhlas, musí být o něm také proveden záznam. Jen tak bude moci lékař v případě komplikací prokázat, že pacient svůj souhlas udělil. (Svejkovský, 2016, s. 240)

Jak jsem již uvedla výše, léčba bez takového souhlasu je nejen neetickým, ale tedy i nezákonným zásahem do tělesné a duševní integrity pacienta, a to i v případě, že byla úspěšná. Situace, kdy je možné pacienta hospitalizovat i léčit a není požadován svobodný a informovaný souhlas, jsou určené zákonem o zdravotních službách. V praxi na lůžkách intenzivní péče je nejčastějším důvodem zdravotní stav nemocného jedince, který vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas. Dále se setkáváme s nezletilými pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností, kteří jsou zastupováni zákonnými zástupci. Zde je ale stále potřeba se řídit pravidlem, že jakýkoliv zákrok je možné provést na základě svobodného a informovaného souhlasu po řádném poučení (až na zákonem stanovené výjimky). Souhlas poskytují zákonní zástupci, ale zákon uvádí povinnost zjistit názor takového pacienta a zaznamenat jej do zdravotnické dokumentace. Také upravuje postup, pokud je názor nezletilého odlišný od názoru jeho rodičů. (Svejkovský, 2016, s. 241–242)

2.2.3. Etické kodexy

S problematikou podávání informací ve zdravotnictví souvisejí i etické kodexy, které se začaly vytvářet napříč zdravotnickými profesemi. Dnes jich existuje již celá řada a morálně zavazují k určitému chování lékaře i dalších nelékařských pracovníků ve zdravotnictví. Za nejstarší etický kodex je považována Hippokratova přísaha, která byla napsána několika autory v 5. století před naším letopočtem. Existuje více variant textu a některé části přísahy jsou kontroverzní nebo se zdají dnes již překonané. Docházelo také k úpravám textu tak, aby lépe odpovídal realitě moderní medicíny. Po druhé světové válce byly formulovány další kodexy, které na Hippokratův odkaz volně navazovaly. V roce 1948 byla přijata Ženevská deklarace, která byla důsledkem válečných hrůz a zavazovala lékaře k tomu, aby vždy stáli na straně humanitních cílů medicíny. Světová lékařská asociace, která vznikla v roce 1945, vydala celou řadu významných dokumentů vztahujících se k lékařské etice. Až v roce 1990 byla za člena přijata i Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. V porevolučním období se obnovily činnosti odborných lékařských komor, které přijaly první stavovské dokumenty včetně etických kodexů. (Haškovcová, 2015, s. 55–58)

Nelékařští zdravotničtí pracovníci nemají povinnost členství v profesní organizaci. Z tohoto faktu, jak uvádí Mach (Mach In Ptáček et al., 2011, s. 478), „*vyplývá absence významného prvku kontroly etického chování – disciplinární odpovědnosti členů komory*“. Etický kodex vydala např. Česká asociace sester a je závazný pouze pro členy organizace. Také proto Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ ČR) vydalo v roce 2004 metodický pokyn Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí, který je platný pro všechny nelékařské zdravotníky bez ohledu na profesní náležitost. (Mach In Ptáček et al., 2011, s. 478–479)

Etický kodex práva pacientů schválila Centrální etická komise MZ ČR v roce 1992. Jedná se o jedenáct bodů, které se týkají pacienta a jeho práv v prostředí poskytování zdravotní péče. Jako ostatní etické kodexy je závazný morálně, nikoli právně. Práva pacientů bývají vyvěšena ve veřejných prostorách zdravotnických zařízení, na nemocničních odděleních, také dnes již obvykle na webových stránkách poskytovatele zdravotních služeb. Většina těchto práv je pak spojena právě s poskytováním informací pacientovi. (Haškovcová, 2015, s. 67–69)

2.3. Faktory ovlivňující informovanost pacienta

To, zda se pacient stane informovaným a bude tedy schopen adekvátně posoudit na základě získaných informací svůj zdravotní stav a stane se aktivním účastníkem při poskytování zdravotní péče, je ovlivněno řadou faktorů. K naplnění takového cíle existují právně i morálně závazná pravidla zmíněná výše. Jsou důležité schopnosti, možnosti a motivace samotných zdravotnických pracovníků, ale i pacientů. Informovanost pacienta je tak součástí celého procesu zdravotní péče a záleží na mnoha okolnostech, jakým způsobem se bude ubírat.

2.3.1. Prožívání nemoci

Objektem práce lékaře i nelékařských zdravotnických pracovníků je nemocný člověk. Jak uvádí Zacharová (2007, s. 63): „*Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, nýbrž i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňuje psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s nemocným.*“ Lékař v očích pacienta vystupuje jako odborník, který je schopen diagnostikovat a léčit, a předpokládá taktní a ohleduplné jednání a psychickou oporu ve složitých otázkách. Od nelékařských zdravotníků očekává pacient takt, trpělivost, často řešení i jiných, než zdravotních problémů, respektování jeho nálad, depresí, osobnostních zvláštností. Nelékařský zdravotnický pracovník je vnímán samostatně, ale také jako spojující článek s lékařem. (Zacharová, 2007, s. 63–64). Každé onemocnění působí na člověka nepříznivě. Ovlivňuje jeho psychiku, mění jeho chování a reakce, při chronickém onemocnění i některé povahové rysy. (Čechová In Mellanová et al., 2015, s. 51)

Subjektivní prožívání nemoci se označuje jako tzv. autoplastický obraz nemoci. Ten zahrnuje čtyři složky – senzitivní, emoční, volní a poslední je racionální a informativní. (Pokorná, 2006, s. 45)

První je složka senzitivní, tj. šíření vzruchů – bolesti, potíží. Hodnocení charakteru a intenzity bolesti je individuální. Jak upozorňuje Zacharová (2011, s. 139): „*Každý člověk je jiný, jinak se chová a jinak danou situaci spojenou s bolestí prožívá.*“ U každého pacienta sledujeme projevy bolesti, a pokud nabude vědomí např. po operačním zákroku, jsou první naše otázky zaměřené právě na zjištění informací, zda pacient bolest má, jaká je její lokalizace, intenzita a charakter. K hodnocení bolesti se nejčastěji používá vizuální analogová škála. Do dokumentace se provede záznam o bolesti a případná intervence. Snažíme se o šetrné provádění převazů ran a invazí

a na nepříjemné či bolestivé výkony pacienta vždy připravíme. (Kapounová, 2007, s. 137) Pooperační bolest je typickým příkladem akutní bolesti z hlediska patofyziologie i terapie. Správný management pooperační bolesti je jedním ze základních úkolů anesteziologa ve spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky i s pacientem samotným. Již v předoperační přípravě se zaměřujeme na zmírnění obav pacienta z bolesti spočívající v psychické přípravě, informování pacienta o možnostech ovlivnění pooperační bolesti a poučení o pooperačním průběhu a důležitosti včasného informování o výskytu bolesti zdravotnickým pracovníkům. (Michálek In Vymazal et al., 2016, s. 409)

Složka emoční zahrnuje strach, úzkost pacienta. Strach a úzkost jsou bohužel nedílnou součástí hospitalizace pacienta. Jsou to reakce na ohrožení, které může mít racionální i iracionální podklad. Strach a úzkost se kromě somatické oblasti projeví v rovině neurotické. (Zacharová, 2011, s. 146) Jak dále podotýká Zacharová (2011, s. 146): „*Zdravotník si musí být vědom, že nemocnému nelze neustále opakovat, že se nemusí ničeho obávat, nýbrž je nutné při silných projevech úzkosti brát v úvahu celou premorbidní osobnost.*“ K tomu, aby byla pacientova úzkost, obavy, strach rozpoznány, je zapotřebí na straně lékaře či sestry schopnosti empatie. Jedna z definic empatie říká (de Waal, 2008 cit. podle Koukolík, 2016, s. 83): „*Empatie je schopnost být ovlivněn emočním stavem druhého člověka a tento emoční stav sdílet, vyhodnotit důvody stavu druhého člověka a identifikovat se s ním, přijmout jeho nebo její pohled na dění.*“ U pacienta, který čeká na operační výkon je velkým stresem např. odklad operace. Přední český kardiochirurg prof. Jan Pírk (2017) dodává: „*Za šestadvacet let, kdy jsem šéfoval klinice, byla jediná věc, která mi kazila radost z práce, to, když jsem musel pacientům říkat, že se jejich operace odkládá. Umím si představit, v jakém nervovém stresu ten člověk před operací je, a my mu řekneme, že se zákrok odloží o den dva.*“

Postoje pacienta a jeho motivace, přístup k vlastnímu zdraví vyjadřuje složka volní. (Pokorná, 2006, s. 45) Motivace pacienta k dodržování stanovených léčebných a preventivních opatření a intervencí hraje klíčovou roli v moderním zdravotnictví. Dostatečná motivace pacienta ke spolupráci se zdravotníky může být dokonce zásadnější než výběr té nejmodernější metody léčby. Ve vztahu k motivaci a spolupráci pacienta na léčbě rozeznáváme tři termíny: compliance, konkordance a adherence. Pojem compliance je ve zdravotnictví pojímán jako ochota pacienta podvolit se léčebně-preventivním doporučením. Předpokladem je samozřejmě skutečnost, že lékařská pomoc je pro pacienta přínosná. Tento pojem vychází v zásadě z paternalistického chápání vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, pacient se podřizuje a předpokládá se dodržování požadovaného léčebného postupu z jeho strany. Na rozdíl od compliance je konkordance pojem, který na pacienta nahlíží jako na aktivního partnera, pacient chápe situaci, je tedy dostatečně informován a schopen posoudit nabízené možnosti a léčebně-preventivní plán je pak výsledkem vzájemné spolupráce pacienta a zdravotnických pracovníků. Adherence je dnes čím dál častěji užívaný pojem a je vysvětlován jako míra, s jakou pacient určitá doporučení zdravotnických pracovníků dodržuje, a je tak ve velmi úzkém vztahu k termínu compliance. Jde však o výsledek nejen pacientova rozhodnutí dle poskytnutých informací a následných doporučení, ale i pozitivního vztahu k zdravotnickým pracovníkům. Jedná se o základní a z těchto tří uvedených pojmů o nejdůležitější podmínku léčebně-preventivního procesu. Vliv na adherenci má řada faktorů. Některé jako jsou věk, osobnost pacienta, jeho kognitivní schopnosti, socioekonomické faktory, ovlivnit nemůžeme. Předpokladem vysoké adherence pacientů je však především porozumění jejich zdravotnímu problému, jeho následkům a principům léčby a zásadní jsou komunikační dovednosti zdravotnických pracovníků, přívětivost, empatie, řešení potřeb pacienta, jeho obav, podávání informací srozumitelnou formou, edukace. Ideální je pak taková volba postupů,

kde předpokládáme snadnou akceptaci nemocným. (Bencko, Ptáček a Raboch In Ptáček et al., 2015, s. 129–132)

V případě přípravy pacienta k operačnímu výkonu je potřeba získat ho ke spolupráci již před nástupem k hospitalizaci, kdy dochází k úpravě medikace, denního režimu, hygienické péče apod. Informovaný a spolupracující pacient je vždy velkou výhodou pro všechny zúčastněné. V časném pooperačním období je na jednotkách intenzivní péče větší kontakt s nemocným, a můžeme tak lépe ovlivnit i kontrolovat spolupráci pacienta. Není zde tolik příležitostí k nedodržování lékařských či ošetrovatelských doporučení. Problematickou oblastí jsou pak dlouhodobě léčení pacienti, což přímo ovlivňuje i pacienty v předoperačním období a i v době jejich rekonvalescence a v ovlivnění základního onemocnění z dlouhodobého hlediska. Jak podotýká Vráblík (2014, s. 97): „*Zejména v oblasti léčby chronických onemocnění představuje důvěra a ochota ke spolupráci nezbytné předpoklady úspěchu. Problém nastává zejména v oblastech, kde léčbou neovlivňujeme aktuální symptomatologii, ale snažíme se snížit rizika budoucích komplikací.*“ V roce 2006 Simpson provedl metaanalýzu studií zabývající se souvislostí s dodržováním stanoveného brání léčiv a mortalitou. Byla prokázána nižší mortalita u pacientů s dobrou adherencí téměř o polovinu oproti skupině, kde byla spolupráce špatná a také byly prokázány lepší výsledky u pacientů s placebem, kteří jej užívali správně, což autoři vysvětlují zodpovědnějším postojem takových nemocných ke svému zdraví a k dodržování léčebných opatření a vyvozují z tohoto faktu, že dodržování léčby léky by mohlo být náhradním markrem pro celkově zdravé chování pacientů. (Simpson, 2006, s. 1–6)

Poslední složka autoplastického obrazu nemoci je složka racionální a informativní. Obsahuje znalosti o nemoci a schopnost jejího hodnocení na základě přiměřeného množství informací. Informace by měly být nemocnému podány vzhledem k věku, charakteru a fázi onemocnění. (Pokorná, 2006, s. 45) Jak dále Pokorná (2006, s. 45) upozorňuje, „*nezbytná je ovšem korekce miskoncepce a neadekvátních představ nemocného o onemocnění a jeho symptomech*“.

2.3.2. Zdravotní gramotnost

Důležitým faktorem, který ovlivňuje míru informovanosti pacienta, je jeho zdravotní gramotnost. Pacient již vstupuje do prostředí poskytování zdravotní péče s určitou informační znalostí problematiky a schopností vyhodnocovat informace. Zdravotní gramotnost je pojem, který se vyvinul v důsledku rozvoje obecného konceptu informační gramotnosti a informační exploze v oblasti zdravotnických informací, spojené především s revolucí informačních technologií, nástupem internetu a nových médií. Dříve byl tento pojem zaměřen na cílovou skupinu studentů a také zdravotnických profesionálů. Na základě změn v postavení pacientů ve zdravotnickém prostředí přibyla k těmto původním cílovým skupinám na počátku tisíciletí skupina nová, a to skupina pacientů, laiků. (Vyčítalová, 2012, s. 5–6)

Pro zdravotní gramotnost pacientů je důležitá jejich aktivní účast při poskytování zdravotní péče, aby sami cítili potřebu informací o zdraví a nemoci. Podmínkou je také dostatek relevantních zdrojů informací a určitá zkušenost, kritické myšlení v zacházení se zdroji a informacemi. Změnu postavení pacientů k informacím o zdraví v posledních desetiletí podpořila řada faktorů, jako např. vyšší povědomí pacientů o jejich právech, lékařská věda se demystifikovala, začala být pro pacienty srozumitelnější, zpřísnily se také požadavky na odpovědnost ve zdravotnictví. (Cullen, 2005, s. 232)

Zdravotní stav pacienta je tedy ovlivněn schopností aktivně se podílet na zdravotní péči, což také zahrnuje schopnost dokázat se informovaně rozhodovat. Předpokladem je vytvoření podmínek, které podpoří aktivitu pacienta v péči o své zdraví a v případě nemoci v získání relevantních informací pro spolurozhodování ve zdravotnickém prostředí. Takový pacient má určitou informační potřebu, kterou definuje Příbramská (2008, s. 3–4) jako „stav, ve kterém jedinec zjišťuje, že jeho/její vlastní znalost je nedostačující pro splnění cíle, který má“. Tyto potřeby se většinou objeví ve chvíli, kdy řešíme nějaký problém, ve světě zdraví a nemoci tedy většinou zdravotní obtíže. Existuje i opačný stav, kdy se jedinec některým informacím vyhýbá a hledá ty, které nejsou v rozporu s jeho přesvědčeními, názory a s jeho znalostmi. (Příbramská, 2008, s. 6)

Z hlediska přístupu laiků k informacím o zdraví byl zajímavý výsledek srovnávacího průzkumu, který byl realizován v ČR v roce 2014 a navazoval na šetření v 8 zemích Evropské unie. Hodnotil úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel ČR. Bylo zjištěno výrazné zaostávání za ostatními zeměmi Evropské unie a zvláště pak alarmující byla kategorie podpory zdraví, tzn. schopnosti získat informace, které pomáhají v posílení vlastního zdraví, schopnost je zhodnotit, dále i interpretovat a pak na jejich základě upravit své jednání. (Kučera et al., 2016, s. 233, 236) Jak dále uvádí k situaci v ČR Kučera et al. (2016, s. 241): „Zdravotní gramotnost je velkou měrou podmíněna některými socio-ekonomickými a demografickými proměnnými, především věkem, vzděláním a finanční situací.“ Autoři zvláště upozorňují na potřebu posílení zdravotní gramotnosti seniorů.

2.3.3. Komunikace

Správně vedená komunikace je velmi důležitým faktorem pro to, jakým způsobem bude pacient s informacemi pracovat. Je důležité si uvědomit, že veškeré naše chování je komunikací. Základní vlastností chování je, že nemá žádný protiklad. Neexistuje nic jako ne-chování. Vycházíme-li z předpokladu, že veškeré chování má význam sdělení, tzn. je komunikací, plyne z toho, že ať se člověk jakkoli snaží, nemůže nekomunikovat. Aktivita nebo neaktivita, slova či mlčení, to vše má význam informace, která může ovlivňovat druhé lidi. (Watzlawick et al., 2011, s. 51) Mezilidská komunikace hraje při předávání informací druhému člověku nebo skupině tedy podstatnou roli.

Zdravotnický pracovník může svou komunikací ovlivnit psychické zdraví a pohodu pacienta velmi podstatně. Tím, čemu přikládá větší či menší váhu, pomáhá konstruovat význam nemoci a potíží pacientů. Základním vodítkem pro komunikaci s pacientem je uvědomit si jeho strach a úzkost, které jdou ruku v ruce s hospitalizací, očekáváním zdravotnického výkonu, obavami o budoucnost. Pacient je vytržen ze svého přirozeného prostředí a svých jistot. Rozhovor s takovým pacientem je vždy umění. (Vybíral, 2005, s. 259–261)

Komunikace je proměnlivá, je to proces, který může být ovlivněn řadou faktorů. Jak konstatuje Mikuláščík (2010, s. 22): „Pochopit napsané nebo mluvené zprávy můžeme pouze tehdy, když se budeme zajímat o fázi přípravy, způsob navazování myšlenek a širší kontext situace, vztahy k různým jiným vlivům.“ Ovlivnění komunikace může být ve zdravotnickém prostředí tedy ze strany zdravotnického pracovníka, ze strany pacienta či vycházející z dané situace. Mikuláščík jako vlivy, které komunikaci modifikují, uvádí čas, tj. kdy došlo ke komunikaci s pacientem a v jakém časovém úseku, dále prostor, prostorové uspořádání, ve kterém ke komunikaci dochází, emoční stav komunikujících, jejich vzájemný vztah a sociální situace, míru shody jazyka a způsob vzájemného chápání. Mezi další vlivy jmenuje stereotypy a očekávání, věk, pohlaví, záměry a motivace komunikujících. V neposlední řadě je to postoj účastníků komunikace z pozice síly, kvalifikace a společenské role. (Mikuláščík, 2010, s. 28)

Důležitý je také proces zapamatování si informace při komunikaci. Vliv na zapamatování má výjimečnost informace a to z pohledu obsahu, formy, situace, která podání informace provází či osobnost toho, kdo nám informaci předává. Mikuláščík (2010, s. 23) také popisuje tzv. zákon dvojí filtrace: „*Při první filtraci jde spíše o nevědomý proces, při druhé filtraci jde o proces vědomý. Tedy vybíráme to, co je pro nás důležité, zajímavé a vše ostatní necháváme bez povšimnutí.*“

Základním nástrojem lékařské i ošetrovatelské praxe je rozhovor. Jedná se o cenný prostředek k vytváření vztahu důvěry, poznání osobnosti nemocného, ovlivnění pacienta, poskytnutí potřebných informací pacientovi. Jedná se o dovednost, které se musí člověk naučit, stejně tak jako komunikaci. V prostředí nemocničním se prolíná řadou činností. V přípravné fázi rozhovoru si musíme uvědomit, s kým rozhovor povedeme, kdo je náš pacient, dále si ujasnit cíl rozhovoru, tzn., co potřebujeme zjistit, jaké budeme volit otázky, jaké bude načasování rozhovoru a kde k rozhovoru dojde. (Zacharová, 2011, s. 210–211) Základem rozhovoru jsou kladené otázky, které mohou mít různý charakter. Nejde však jen o sled otázek, ale jedná se o dynamický proces. Mezi nejčastější typ otázek patří otázky otevřené, které umožňují volnou odpověď pacienta a dle Ptáčka (In Ptáček et al., 2011, s. 60): „*Lékaři, kteří kladou otevřené otázky, se dozví rychleji více informací, než lékaři, kteří od začátku konzultace kladou otázky uzavřené.*“ Dále jsou to uzavřené otázky, které umožňují stručnou odpověď, dále otázky doplňující, výčtové, např. ke zpřesnění diagnózy, alternativní otázky nabízejí výběr z více možností, empatické, které umožňují projevit účast s pacientem. Důležité jsou také kontrolní otázky. Ty mají za cíl ověřit pochopení sdělení pacientem. (Zacharová, 2011, s. 212–213)

Nedílnou součástí rozhovoru je umění aktivně naslouchat. Aktivní naslouchání znamená více se přiblížit pacientovi. Během rozhovoru je žádoucí pacienta povzbuzovat verbálně i neverbálně. Přeformulovat jeho hlavní myšlenky, aby bylo jisté, že oba myslí totéž. V nejasných odpovědích se snažit o vyjasnění. Sumarizujeme to, co nám pacient sdělil, a umožníme mu tak i vlastní reflexi jeho pocitů. Pacientovu snahu o spolupráci a dodržování léčebných opatření oceníme. (Ptáček In Ptáček et al., 2011, s. 62) Na možné chyby při naslouchání pacientovi dále Ptáček upozorňuje (In Ptáček et al., 2011, s. 62): „*...skákání do řeči, otevřené projevování nesouhlasu, odcházení během konzultace, dávání najevo netrpělivost, udělování direktivních rad, uhýbání očima.*“

Jak už bylo napsáno výše, součástí rozhovoru je i předávání informací pacientovi. Lékař i ostatní zdravotničtí pracovníci dle svých kompetencí informují pacienta o zdravotním stavu, prognóze, hospitalizaci, režimu oddělení atd. Také o léčebných výkonech, ke kterým je často potřebný i informovaný souhlas. Zásady komunikace při podávání informací nejsou složité, ale v praxi je někdy obtížné se jich držet. Je potřeba používat jednoduchý jazyk, bez odborných termínů a bez slangu. Myslet na to, že pacient má právo zapomínat informace, je tedy na místě opakovaně ověřovat, že pacient danou informaci má a rozumí jí. Ponechat pacientovi dostatek času na kladení otázek. Při podávání informací být vstřícní, empatictí, ochotní pacienta vyslechnout. Nedůvěru pacienta vzbuzuje, pokud je rozpor mezi verbální a nonverbální stránkou projevu zdravotníka. Na pacienta je třeba vymezit dostatečný čas. Pacienta je při vedení rozhovoru za každé situace nutné respektovat a jednat s ním s úctou. (Šamánková, 2011, s. 98) Schopnost komunikovat a profesionálně odhadnout, jak s daným pacientem vhodně jednat, by mělo být součástí vybavenosti každého zdravotnického pracovníka.

2.3.4. Fyzický stav

Jakým způsobem pacient bude pracovat s podanými informacemi, závisí ve velké míře také na jeho aktuálním zdravotním stavu. Důležitým faktorem je i to, zda jde o akutní, či chronické onemocnění, jaký je rozsah poskytované zdravotní péče, zda se jedná např. i o trvalé zdravotní poškození s důsledky a změnami pro život pacienta po propuštění. (Pokorná, 2006, s. 46) Pacienty vyžadující specifický přístup při poskytování zdravotní péče jsou také ti nemocní, trpící mentálním, smyslovým či tělesným defektem. Přístup k takovým nemocným musí být vždy profesionální, taktní a tolerantní. Je třeba nabídnout pomoc a přitom vhodně podporovat aktivitu nemocného. V případě smyslových vad je důležité umožnit použití kompenzačních pomůcek či přítomnost rodiny nemocného, v případě sluchově neslyšících tlumočnicka do znakové řeči. (Mellanová et al., 2014, s. 73–74) V následujícím textu se budu podrobněji věnovat stavům, které mohou ovlivňovat komunikaci a informace podávané pacientům, kteří přichází na jednotku intenzivní péče po operaci. Tito pacienti jsou odkázáni většinou na verbální předávání informací. Obvykle si nemohou již žádné informace obstarat sami, a tak se zdravotnický pracovník často stává, i ve spolupráci s rodinou pacienta, jediným nebo jedním z mála zdrojů informací. Aby byly splněny podmínky pro efektivní předávání informací v intenzivní péči, je třeba dokázat rozpoznat schopnosti a možnosti pacienta. (Křivková In Tomová a Křivková, 2016, s. 70–71)

Pacienti se změněným stavem vědomí

K posouzení stavu vědomí v intenzivní péči se používají různé skórovací systémy. Ty mají za úkol klasifikovat stav pacienta, posoudit efektivitu diagnostických a terapeutických postupů a pomoci určit také prognózu nemocného. Volba jednotlivých hodnocení je závislá na stavu pacienta a zvyklosti oddělení. (Křivková In Tomová a Křivková, 2016, s. 73) Změněný stav vědomí a vnímání pak zcela mění styl komunikace zdravotnických pracovníků s pacientem a osvojení si těchto technik patří ke stěžejním dovednostem zdravotnických pracovníků nejen v intenzivní péči. U pacientů po operaci se nejčastěji setkáváme se změnou stavu vědomí navozenou farmakologicky, dále s pacienty dlouhodobě sedovanými např. pro závažnost klinického stavu anebo s pacienty v kómatu. Dále také s pacienty s poruchami vědomí projevujícími se zmateností, dezorientací, výjimečně s pacienty agresivními. Pro komunikaci zdravotnického pracovníka a pacienta, který nám neposkytuje zpětnou vazbu, se používá termín pasivní komunikace. (Kapounová, 2007, s. 172)

U pacientů majících poruchu vědomí, vnímání a pohybu se pak pro kontakt, dle mého názoru, ideálně vychází z principů konceptu bazální stimulace. Počátek konceptu bazální stimulace se datuje do 70. let minulého století a původně byl využit ve speciální pedagogice¹. Dnes je bazální stimulace akceptovaná a široce využívanou metodou i v českém prostředí. (Dvořáková In Bartůněk et al., 2016, s. 310) Jak shrnuje Friedlová (2003, s. 16): „*Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět.*“

¹ Zakladatelem konceptu bazální stimulace je prof. dr. Andreas Fröhlich, který zpracoval vědecké poznatky pro podporu vnímání a komunikaci těžce postižených lidí. Do ošetrovatelské péče byl koncept zaveden v 80. letech zdravotní sestrou prof. Christel Bienstein.

Bazální stimulace tak může pomoci zprostředkovávat informace pacientovi a měl by být součástí každé ošetrovatelské intervence u pacientů s poruchou vědomí a vnímání.

Pooperační delirium je kvalitativní poruchou vědomí, která se vyskytuje u pacientů po operaci v incidenci 10–30 %. Typickými příznaky jsou vyjádřením různých poškození funkcí mozku. Nejčastěji se u pacienta jedná o neschopnost soustředit se, o poruchu kognitivních funkcí, tj. pacienti mají především problémy s orientací, pamětí, vyjadřováním se a se zpracováním informace. Dále s poruchou vnímání, kdy mohou vznikat různé iluze, halucinace, nejčastěji zrakové. (Hála, 2011, s. 18) Jak dále Hála (2011, s. 18) upozorňuje: „*I pacientům s pooperačním deliriem (neklidní, nespoupracující, agresivní apod.) je potřeba poskytovat zdravotní péči adekvátní jejich základnímu onemocnění, a to i přesto, že ti ji často odmítají. Pacienti v akutní fázi deliria mají totiž výrazně snížené kognitivní funkce a nedokáží si uvědomit dosah svého jednání. Komunikace s pacientem a zabezpečení jeho léčby představuje tedy velkou výzvu.*“ Z výčtu opatření, která je možné použít u delirantního nemocného, jsou z hlediska spolupráce a komunikace s pacientem důležitá dodržovat určitá pravidla, jako je např. častá a přátelská komunikace s pacientem, opakovaná snaha o jeho orientaci, zapojení do rehabilitace a mobilizace, umožnění vnímání každodenního dění poslechem zpráv, umožnit návštěvu blízkých, snažit se získat jeho důvěru. (Hála, 2011, s. 12–13) U pacientů předoperačně kvalitně informovaných o operaci, kterou mají podstoupit, o průběhu časného pooperačního období, pobytu na jednotce intenzivní péče, je prokázána souvislost nižšího výskytu pooperačního deliria vlivem snížení úzkosti a strachu pacientů. (Berg et al., 2006, s. 1–7) Tento závěr např. podporují i výsledky srovnávací, retrospektivní studie, kterou provedl Lee v roce 2011 u pacientů podstupujících kardiokirurgickou operaci. Pacienti byli nadstandardně edukováni a psychicky podporováni před operačním výkonem i po něm. Podané informace se týkaly operace, pooperačních omezení, jako je intubace, či možných pooperačních komplikací včetně deliria apod. Výsledky ukázaly výrazně nižší výskyt pooperačního deliria po kardiokirurgické operaci u sledované skupiny pacientů. (Lee, 2013, s. 143–158)

Pacienti s invazivně zajištěnými dýchacími cestami

U pacientů s invazivně zajištěnými dýchacími cestami je potřeba využít některou náhradní formu komunikace nebo jejich kombinace. Vždy je nutné zohlednit pacientův aktuální zdravotní a psychický stav, jeho momentální schopnosti a také svalovou sílu. Pomůcky jsou zvoleny podle zvyklostí a možností konkrétního pracoviště, ale v zásadě je možné je rozdělit na neelektronické a elektronické. (Křivková In Tomová a Křivková, 2016, s. 83) Mezi neelektronické nástroje komunikace patří metoda psaní, která však vyžaduje dobrou svalovou sílu a koordinaci pohybů pacienta. Dále je to využití abecední nebo magnetické tabulky. Velmi rozšířené je využití komunikačních karet s obrázky, které symbolicky vystihují nejčastější potřeby nemocných. (Kapounová, 2007, s. 173–174) Elektronické nástroje komunikace zahrnují různé moderní technologie, jako je tablet, počítač, mobilní telefon apod. Jejich dostupnost na jednotkách intenzivní péče ale má své limity. (Křivková In Tomová a Křivková, 2016, s. 91) V případě tracheostomovaných pacientů je nejrozšířenějším způsobem komunikace odezírání ze rtů. Aby tento způsob komunikace byl efektivní, je zapotřebí dobré artikulace pacienta a také určité zkušenosti ze strany sestry. (Stodolová a Veličková, 2011, s. 32) Je také možné využít přístroj elektrolarynx, který po přitisknutí do oblasti hlasivek umožňuje elektronickou podobu hlasu. Jeho využití je spíše u pacientů dlouhodobě ventilovaných. U některých pacientů lze použít tzv. mluvící kanylu nebo orátor. Orátor se nasazuje přímo na tracheotomickou kanylu, ale je přes spojku umožněn také přívod kyslíku do dýchacích cest. (Kapounová, 2007, s. 174)

Pacienti s bolestí

Bolest je spojena s reálným nebo potencionálním poškozením tkání. Jde o senzorický, ale i emocionální nepříjemný prožitek. (Mellanová et al., 2014, s. 52) Přítomnost bolesti velmi ovlivňuje, jak se celkově pacient cítí, a také jeho komunikaci a aktuální postoj k informacím. Snaha eliminovat bolest pacienta je prioritní. Mellanová (2014, s. 53) dodává: „*Čím je bolest silnější a trvalejší, tím více je organismus vyčerpán, nemocný se stává podrážděným, méně trpělivým, je třeba mu věnovat zvýšenou péči, zacházet s ním velmi ohleduplně a šetrně, chovat se k němu s laskavou trpělivostí, i když jeho reakce mohou být negativistické až agresivní vůči ošetřujícímu personálu.*“ V chirurgickém oboru se nejčastěji setkáváme s bolestí akutní, způsobenou operačním výkonem. Z hlediska volby operačního přístupu by měl být pacient seznámen s možnostmi vhodných metod chirurgem a stejně tak i se specifiky pooperačního období včetně informování pacienta o možnosti výskytu, charakteru bolesti a jejího ovlivnění. (Michálek In Vymazal et al., 2016, s. 409) Mynlé představy pacienta o bolesti a jejím ovlivnění mohou být překážkou v účinné úlevě od bolesti. Dotazníkovou studii, zaměřenou na zmapování těchto bariér, zveřejnil Cogan et al. v roce 2013. Výsledkem studie bylo, že přes třetinu pacientů z celkového počtu 379 souhlasilo s výrokem, že „*je snadné se stát závislým na léčbě bolesti*“, 20 % pacientů souhlasilo s tvrzením, že „*dobří pacienti nemluví o své bolesti*“, a téměř 40 % pacientů věřilo, že „*léky by měly být použity až při silné bolesti*“. Tato studie zdůrazňuje především potřebu poskytovat pacientům důslednou edukaci o bolesti. (Cogan et al., 2014)

2.4. Zdroje informací

Volba konkrétního informačního zdroje záleží na mnoha faktorech. V prostředí zdravotnického zařízení má potřebu informací přirozeně nejvíce pacient, který je postaven před rozhodnutí, zda podstoupit či nepodstoupit určitý zdravotní zákrok, zvolit alternativu poskytnutí zdravotní služby či ji odmítnout. Zde by měl být stále zdravotnický pracovník hlavním zdrojem poučení, informací o onemocnění a léčebném postupu. A svým vstřícným a profesionálním přístupem by měl tak dát základ pro pacientovu orientaci v jeho problému a ukázat směr a i další možnosti, které pacienta podpoří v aktivním postoji na cestě k jeho zdraví. (Špeciánová, 2015, s. 62)

Informace pacient dostává od zdravotnických pracovníků, např. o organizaci oddělení, léčebném plánu, operaci, anestezii apod. Další možností jsou informace poskytnuté formou edukace. Edukace je výukový proces, ne jen předání informací. Je velmi důležitou součástí poskytování léčebné i ošetrovatelské péče. (Svěráková, 2012, s. 23) Smyslem edukačního procesu je podle Svěrákové (2012, s. 24) „*systematické vedení pacienta k osvojení si odpovídajících dovedností, k vytvoření nových hodnotových, postojových a volných struktur osobnosti, které vedou k vyvolání a k postupnému upevnění požadované změny chování*“.

Důležitým zdrojem informací hospitalizovaného pacienta jsou také jeho rodinní příslušníci, blízcí, kteří jsou s nemocným během hospitalizace v kontaktu. Rodinné zázemí může být předpokladem k zajištění léčby a podmínek pro uzdravení pacienta. Je žádoucí získat rodinu jako spojence a navázat vzájemnou spolupráci a tím také usnadnit spolupráci nemocných s lékaři a ostatními zdravotníky. (Zacharová, 2017, s. 86)

V prostředí ambulancí, nemocnic, ale i mimo ně, má jedinec (zdravý či nemocný) další možnosti, jak získat zdravotní informace. Jsou to písemné materiály ve formě knih, časopisů, propagačních materiálů, informačních brožur apod. Nabízení materiálů připravených pro pacienty s konkrétním zdravotním problémem a poskytnutých např. před výkonem, operací, společně s cíleným

programem přípravy pacienta, je velmi důležité. To potvrzuje např. studie, která byla provedena O'Brien v roce 2010. Zaměřena byla na zlepšení předoperační informovanosti pacientů poskytnutím informačních písemných materiálů a nadstandardní informační podpory zdravotníky po operaci. Byla prokázána významná korelace pocitu připravenosti pacientů na vývoj pooperačního období a dodržování pooperačních opatření. (O'Brien, 2013, s. 404–409)

Modernějšími cestami jsou informace v podobě médií, především pořadů se zdravotní tematikou, formou přednášek a různých osvětových aktivit zdravotně zaměřených spolků a v neposlední řadě internetové vyhledávače, webové stránky. Ty mohou být rozdělené podle vztahu ke konvenčním metodám léčby nebo dle vztahu ke komerčnímu obsahu. Tzv. nekonvenční informační portály obsahují informace, které nejsou podpořeny klinickým výzkumem. Konvenční informační portály naopak představují zdroje informací z oblasti klasické medicíny. Komerční portály jsou pak většinou zaměřeny na konvenční medicínu a jsou představovány i webovými prezentacemi zdravotnických zařízení. Nekomerční portály jsou charakteristické tím, že nenabízejí komerční produkty a služby. Jejich obsah tedy není motivován komerčními zájmy, ale pouze zájmy pacienta. (Kubů, 2007, s. 119–121)

Všechny formy získávání informací mají jistě svá úskalí, ale právě rozmach internetu, především vznik sociálních sítí, sdílení osobních informací, vyhledávání ne vždy relevantních informací o zdravotním stavu, je v současnosti stále málo zmapovanou oblastí. Virtuální svět je fenoménem dnešního moderního člověka, který ale může dát vznik řadě problémů. Z hlediska vyhledávání informací je to např. množství nepřehledných informací, které mohou být pro pacienty stresující, může také otevřít virtuální prostor pro neformální komunikaci a diskuzi a komplikovat pak rozhovory se zdravotníky. Primárním zdrojem informací při zdravotním problému pacienta zůstává lékař. Poučení pacienta může chybět nebo být nedostatečné. Přičemž tato nedostatečnost je dána právě subjektivním pocitem pacienta. (Haškovcová In Ptáček et al., 2011, s. 32–33) Jak shrnuje Haškovcová (In Ptáček, 2011, s. 33), „hledání informací „jinde“ vzrůstá tam, kde chybí poučení ze strany lékaře“.

Data o využívání internetu k vyhledávání informací o zdraví sbírá a analyzuje Český statistický úřad (ČSÚ).² Dle této analýzy v roce 2014 využilo k hledání informací o zdraví z celkového počtu obyvatel 41,8 % a z počtu uživatelů internetu 56,3 %. Za posledních pět let se počet jednotlivců využívajících internet k hledání informací o zdraví zvýšil o více než 20 %. Převažovaly ženy nad muži. Z šetření ČSÚ dále vyplynulo: „Přibližně polovina českých žen takto získává informace o zdraví, pro srovnání v mužské populaci je to jen 32,5 %. Ve skupině uživatelů internetu je to dokonce 71 % žen a pouhých 42 % mužů.“ Nejvýraznější věková skupina byla 25–54 let. U nejstarší zkoumané skupiny, tj. ve věku 65–74 let, byl zjištěn sice menší podíl uživatelů internetu (19 %), ale většina těchto uživatelů vyhledávala informace o zdraví (71 %). (ČSÚ, ©2015)

² ČSÚ provádí od roku 2003 roční *Výběrové šetření o využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci*, které je realizováno v rámci *Výběrového šetření pracovních sil pořádaného ČSÚ*. Součástí je také dotaz na využívání internetu k vyhledávání informací o zdraví.

Další významný průzkum provádí Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), týká se zdrojů a využívání informací v oblasti léčiv odborníky i veřejností. Výsledkem průzkumu z roku 2017 bylo zjištění, že veřejnost nejčastěji získává potřebné informace o lécích při osobním kontaktu s odborníkem, tj. od lékaře (39 %) a od lékárníka (11 %). Podle uvedeného průzkumu byl dalším významným zdrojem informací pro veřejnost informační leták (23 %) a internet (13 %). (SÚKL, ©2017)

V ČR je vyvíjena výrazná aktivita k naplnění programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020. Cílem národního programu představené Pracovní skupinou pro zdravotní gramotnost je mimo jiné dle Holčíka (2015, s. 123) „*informovat odbornou veřejnost o významu a obsahu zdravotní gramotnosti, usilovat o spolupráci a koordinovat dílčí aktivity*“. Jako další bod uvádí potřebu zjištění úrovně zdravotní gramotnosti pomocí hodnotících a srovnávacích metod a dokončení a realizaci plánu rozvoje zdravotní gramotnosti u nás. (Holčík, 2015, s. 126) Součástí této realizace je také vytvoření portálu zdravotní gramotnosti, který by poskytoval důvěryhodné informace odborným pracovníkům ve zdravotnictví i laikům. Jak je uvedeno na nově vznikajících stránkách *Národní strategie elektronického zdravotnictví*, vize je taková, že se „*vytvoří chráněný komunikační kanál mezi pacienty a poskytovateli zdravotních služeb a vytvoří uživatelsky přívětivé prostředí pro čerpání zdravotních služeb (objednávání, konzultace, výpisy z dokumentace apod.)*“. (MZČR, ©2016)

Je nesporné, že informací pro laiky, potencionální nebo skutečné pacienty, je celá řada. V současné době je snaha o poskytnutí přehlednějších zdrojů, které by umožnily všem jednodušší orientaci v hledaných tématech. Důležitá je také další práce s informacemi. Zda pacienti nemají obavy diskutovat se svými lékaři. Zajímavou studii provedli autoři Garden a Seiler v roce 2015. Jejím účelem bylo zjistit, zda pacienti se závažnými nemocemi sdělují svým lékařům informace o své nemoci, které získali z jiných zdrojů. Studie probíhala jako hloubkové rozhovory s pacienty. Výsledkem bylo zjištění, že pacienti si přáli umožnění diskuze s lékaři, vyslechnutí jejich obav a poskytnutí emocionální podpory zdravotníky. Studie potvrdila, že pacienti se většinou chtějí podílet odpovědně na péči o své zdraví a upřednostňují styl komunikace, kdy se obě strany zapojují tak, aby dosáhly společných cílů a našly optimální plán léčby. (Garden a Seiler, 2017, s. 22–30)

Informace se lépe zapamatuje, pokud je poskytnuta na úrovni pacientova chápání a je tedy pro něj srozumitelná. Důležité je opakované setkávání se s informací a uspořádání informací poskytovaných pacientovi do smysluplných celků. Každému člověku může vyhovovat jiná forma pro zapamatování informace, ale obecně lze konstatovat, že nejvýhodnější je kombinace více forem, např. písemné a audiovizuální, doplněné o rozhovor. (Haluzíková, 2006a, s. 277)

Velmi rozšířený model zapamatování si informací je tzv. Dalův kužel zkušenosti³. Ten zobrazuje vztah použité formy učení a efekt naučení. (Rohlíková a Vejvodová, 2012, s. 128)

³ Edgar Dale (1900-1985) byl profesorem na univerzitě v Ohiu a respektovanou autoritou v oblasti předávání vědomostí ve vzdělávání. Jeho nejznámějším dílem je diagram „Cone of Experience“ publikovaný v knize *Audio Visual Methods In Teaching* v roce 1946. Čísla v procentech v původním diagramu nebyla, ta doplnila organizace National Training Laboratories in Bethel, Maine.

Schéma, které vychází ze zmíněného Dalova kuželu zkušenosti je zobrazeno na následujícím obrázku.

Obrázek 1: Dalův kužel zkušenosti

Zapamatujeme si		Naše zapojení
90 % z toho, co říkáme a děláme	reálná činnost, napodobování zážitku	aktivní
70 % z toho, co říkáme	přednes projevu, účast v diskusi	aktivní
50 % z toho, co slyšíme a vidíme	sledování videa, sledování prezentace	pasivní
30 % z toho, co vidíme	pohled na obraz	pasivní
20 % z toho, co slyšíme	slyšení slov	pasivní
10 % z toho, co čteme	čtení	pasivní

Zdroj: Rohlíková a Vejvodová, 2012, s. 128

2.5. Možnosti hodnocení informovanosti pacientů

Hodnocení informovanosti pacientů je důležitou zpětnou vazbou pro management každého zdravotnického zařízení a umožňuje změnu a kontinuální zlepšování v poskytování zdravotní péče. Hodnocení informovanosti pacientů v ČR probíhá v několika rovinách.

Relativně jednoduchým nástrojem pro zjištění, jak je pacient informován, nebo jak konkrétní informaci porozuměl, je při poskytování zdravotní péče rozhovor, o kterém jsem již psala výše v textu. Nelékařští zdravotničtí pracovníci mají pak v rámci poskytování péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu možnost identifikovat potíže pacientů spojené s jejich informovaností.

Nejpoužívanějším systémem pro stanovení ošetrovatelské diagnózy je NANDA International. Neustále dochází k revizi a přijetí nových diagnóz odborníky celého světa. (Herdman a Kamitsuru, přel. Kudlová, 2015, s. 26) NANDA International jmenuje všechny diagnózy v klasifikačním schématu, tzv. taxonomii. (Herdman a Kamitsuru, přel. Kudlová, 2015, s. 47) V oblasti kognice je to např. diagnóza „nedostatečné znalosti“, která je definována jako absence nebo nedostatek kognitivních informací, související s nějakým určitým tématem. Další diagnózou ve stejné oblasti je „snaha zlepšit znalosti“ a diagnóza „zhoršená paměť“. V oblasti komunikace pak diagnózy „snaha zlepšit komunikaci“ a „zhoršená verbální komunikace“. Dalšími příklady přímo souvisejícími s informovaností pacienta jsou diagnózy, které jsou uvedené v oblasti managementu zdraví. Patří sem např. „neefektivní management zdraví, snaha zlepšit management zdraví, neefektivní udržování zdraví, noncompliance“. (Herdman a Kamitsuru, přel. Kudlová, 2015, s. 60–64) Jak ale poznamenává k ošetrovatelským taxonomiím Jarošová et al. (2012, s. 5): „V české ošetrovatelské praxi se však objevují velmi sporadicky, spíše výjimečně a zpravidla jen jako nekomplexní a nesystematické sady ošetrovatelských diagnóz postavené na subjektivním úsudku sester.“ Důležitý je profesionální přístup zdravotnických pracovníků, který vyžaduje schopnost rozpoznat potřeby pacienta a možné překážky v získání a využití podaných informací. Marečková et al. (2012, s. 6) podotýkají: „Precizní a doložitelný ošetrovatelský diagnostický závěr je podkladem k rozhodnutí o vhodných ošetrovatelských intervencích (činnostech), které u pacienta provádí tým ošetrovatelských profesionálů ve spolupráci s týmem dalších zdravotnických

odborníků.“ Závěrem prováděné péče ošetrovatelského procesu by mělo být zhodnocení efektu poskytnutých intervencí. Tedy zjistit, zda a v jaké míře jsou splněny stanovené cíle. Hodnocení může být složité v situacích, kdy se mění zdravotní stav pacienta. Ošetrovatelský proces je dynamický a mění se v závislosti na potřebách pacienta. (Tóthová et al., 2014, s. 126–127) Součástí ošetrovatelského procesu je také edukace prováděná formou edukačního procesu. Juřeníková (2010, s. 67) uvádí: „V případě nesplnění cílů edukace, kdy není dosažen požadovaný edukační výsledek, je nutno znovu přehodnotit edukaci, odhalit příčinu a provést další edukaci.“ Abychom zhodnotili efekt edukačního působení, je vhodné provést zhodnocení dosažených výsledků jak zdravotnickým pracovníkem, tak i pacientem. (Tóthová et al., 2014, s. 192)

V popředí zájmu moderní společnosti by mělo být usilování o zvyšování zdravotní gramotnosti občanů. Některé projekty, do kterých je zapojená i ČR, jsem již zmiňovala výše. Další možností je hodnocení zdravotní péče v jednotlivých zařízeních. Existuje povinný a nepovinný systém. Povinný systém hodnocení kvality zdravotní péče vychází ze zákona o zdravotních službách. V § 47 odstavce 3 tohoto zákona je vymezena povinnost poskytovatele jednodenní nebo lůžkové péče „zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb; minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení uveřejní ministerstvo ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví a na svých internetových stránkách“. Sleduje se spokojenost pacientů nejčastěji formou dotazníků, jejichž součástí mohou být i otázky zaměřené na spokojenost pacientů s poskytováním informací, na úroveň komunikace zdravotnických pracovníků, dále týkající se informování pacientů o péči, léčbě, právech pacientů, jménech ošetřujícího personálu apod. Nepovinný systém hodnocení kvality poskytované zdravotní péče zahrnuje různé projekty, do kterých vstupují zdravotnická zařízení dobrovolně. Podmínky tohoto hodnocení jsou ukotvené opět v zákonu o zdravotních službách, a to konkrétně v § 98. V současnosti se jedná např. o celostátní projekt Nemocnice ČR, do kterého se v roce 2016 zapojilo již 155 českých nemocnic s akutními lůžky. Nemocnice byly hodnoceny ve čtyřech kategoriích, z nichž informovanosti hospitalizovaných pacientů byl věnován prostor v kategorii *Bezpečnost a spokojenost hospitalizovaných pacientů*. Dalším nástrojem, který pracuje s hodnocením informovanosti pacientů, je projekt s názvem *Kvalita očima pacientů* (KOP), podporovaný MZ ČR. Vznikl jako reakce na projekt Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21“ a jeho cílem je kontinuální zvyšování kvality poskytované zdravotní péče. Tomáš Raiter (Tomáš Raiter, ©2010) charakterizuje KOP jako projekt, který: „měří kvalitu zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti/spokojenosti pacientů. Pro pacienty poskytuje objektivní a statisticky průkazné informace o kvalitě jednotlivých zdravotnických pracovišť. Výsledky projektu dokáží porovnat mezi sebou kvalitu nejen celých zdravotnických zařízení, ale i jednotlivých odborných pracovišť v různých zařízeních po celé republice“. Zapojeny jsou nemocnice přímo řízené MZ ČR a nově také psychiatrické léčebny a ústavy rehabilitační péče. (MZČR, ©2010)

Další oblastí jsou výzkumné práce, které se snaží o posouzení informovanosti pacientů. Vybrala jsem studie, které se vztahují k informování pacientů v obecnější rovině, jako je informovanost o zdravotním stavu, informovaných souhlasech, právech pacientů apod. a následně studie mapující informovanost pacientů kardiologického či kardiochirurgického oboru.

Příkladem může být bakalářská práce Hoškové, která dotazníkovým šetřením v krajské nemocnici zjišťovala míru informovanosti pacientů o jejich zdravotním stavu při příjmu i během hospitalizace. Identifikovala zejména chyby v komunikaci s pacienty, kdy pacienti často nerozumí podaným informacím, a to nejčastěji pro použití příliš odborné terminologie. (Hošková, 2010, s. 28–29) Praxí informovaného souhlasu v českých klinikách se zabývali Zamykalová a Šimek.

Autoři se ve svém sociologickém výzkumu zaměřili na vztah informovaných souhlasů a rutinu klinik. Na to, co a jak kdo říká a co očekávají od informovaného souhlasu lékaři. Ve své práci se autoři zamýšlejí nad procedurou informovaného souhlasu. Podotýkají, že informovaný souhlas nemůže a ani nemá nahradit rozhovor mezi lékařem a pacientem. Měl by naučit dialogu a partnerskému vztahu, kde by pacient měl i sám vyhledávat informace a učit se starat o své zdraví. Protože, jak uvádějí sami autoři Zamykalová a Šimek (2007, s. 413),: „*dobře fungující – otevřený a partnerský – vztah je nutným předpokladem jakýchkoli dalších změn ve zdravotnictví*“.
(Zamykalová a Šimek, 2007, 406–413). Botíková a Ilievová se ve svém výzkumu zaměřily na úroveň informovanosti pacientů o jejich právech. Autorky v dotazníkovém šetření zjistily, mimo jiné, že nedostatečné znalosti mají pacienti zejména o konkrétních právech pacientů a také, že pacienti mají nedostatečné informace o vývoji a průběhu jejich onemocnění. Pro zlepšení situace doporučily opatření pro zkvalitnění poskytované zdravotní péče, zlepšení edukace pacientů i informovanosti veřejnosti o právech pacientů. (Botíková a Ilievová, 2009, s. 27–28) Haluzíková se ve svém kvantitativním výzkumu dotazníkovou metodou zaměřila na posouzení informovanosti pacientů před provedením selektivní koronarografie, perkutánní koronární intervencí či aortokoronárním bypassesem. Jako nejdůležitější zjištění uvádí, jaký zdroj informací pacienti využívali. Nejčastěji informace pacienti získávali od lékaře, dále z informačních brožur a hromadných sdělovacích prostředků. Nejméně se na informovanosti podílely sestry, což byl pro autorku alarmující výsledek, a doporučila opatření k posílení edukační role sestry. (Haluzíková, 2006b, s. 412–413) Znalostí kardiovaskulárních rizik u pacientů po akutním infarktu myokardu, po perkutánní koronární intervenci nebo po operaci srdce se zabývala dotazníková studie Sovové et al. I přes zavedení edukačního programu nebyla zjištěna významně vyšší znalost těchto pacientů a autoři doporučili rozšíření edukačního programu ve spolupráci s dalšími odborníky, např. pedagogy a také rodinnými příslušníky, a využití i dalších forem edukace, jako je telemedicína či informační webové portály. (Sovová et al., 2010, s. 90–92)

Podávání informací se ve zdravotnických zařízeních provádí na základě zákonných opatření, etických norem, vnitřních i externích auditů a dalších hodnotících systémů. Je tak vytvořen rámec, díky němuž lze informování pacientů hodnotit, mapovat problematické oblasti a zapracovávat řešení, která vedou k posílení pozice pacienta jako aktivního a informovaného člena v systému zdravotní péče.

3. Kardiochirurgie

Kardiochirurgie je nejmladší chirurgický obor, jehož náplní je chirurgie ischemické srdeční choroby, chirurgie vrozených a získaných vad srdečních chlopní, transplantace srdce, umělé srdeční podpory, chirurgické léčení kardiomyopatií a srdečních arytmií, chirurgie hrudní aorty a jiné. V současnosti je v ČR 13 kardiochirurgických pracovišť. Transplantace se provádí pouze v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny a brněnském Centru kardiovaskulární a transplantací chirurgie. Jediným pracovištěm, které operuje pacienty dětského věku, je oddělení Dětského kardiocentra Fakultní nemocnice v Motole. (Vaněk In Kolář et al., 2009, s. 453–455; Šetina et al., 2014, s. 24)

Počátky kardiochirurgie sahají do devatenáctého století, ale objevným se stává až vynález techniky mimotělního oběhu a jeho použití u prvních pacientů Johnem Gibbonem v roce 1953. V následujícím období došlo k rozvoji nových postupů, zdokonalování přístrojů pro mimotělní oběh, konstrukci umělých a biologických chlopní a dalších technologií. Operace se týkaly vrozených srdečních vad a některých získaných vad srdečních chlopní. Koncem šedesátých let nastává velký rozmach oboru s objevem metody aortokoronárního přemostění u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. (Vaněk In Kolář et al., 2009, s. 453) Přestože dosud je stále nejčastěji voleným chirurgickým přístupem podélná střední sternotomie (Kaláb, 2013, s. 20), trendem současné kardiochirurgie jsou miniinvazivní chirurgické přístupy, videoasistované či roboticky asistované výkony, laserové revaskularizace a další rozvoj materiálů a technologií. (Vaněk In Kolář et al., 2009, s. 453, 456) Velkého posunu se dočkal i odběr žilních štěpů, které se již na některých pracovištích odebírají endoskopickou metodou, která je šetrnější k dolní končetině a vzniká i menší řezná plocha. (Pirk In Rokyta a Höshl, 2016, s. 49)

Kardiochirurgie jakožto chirurgický obor má v otázce informování pacienta určitá specifika. Invazivita a průběh chirurgické léčby odlišuje zejména komunikaci zdravotníků v tomto oboru. U akutních stavů, které vyžadují chirurgické řešení, hraje roli čas, a tak v krátké době často rozhodnutí chirurga mění osud nemocného. U elektivních výkonů je na chirurgovi, aby ve spolupráci s dalšími odborníky vysvětlil pacientovi závažnost stavu a seznámil ho s problematikou chirurgického řešení daného problému. V tomto případě přichází pacient do zdravotnického zařízení plánovaně a již vyšetřen. (Pafko In Ptáček et al., 2011, s. 96) V následujících kapitolách se zaměřuji na informování pacientů hospitalizovaných pro provedení plánované kardiochirurgické operace.

3.1. Proces hospitalizace pacienta z pohledu podávání informací

3.1.1. Předoperační příprava

Pacient je připravován na plánovanou operaci v několika fázích. Obecně se rozděluje na přípravu dlouhodobou, ta je více než měsíc před výkonem, střednědobou, která je 1–3 týdny před operací, krátkodobou do 1 týdne před zákrokem, a bezprostřední, která se provádí 1–2 hodiny před zákrokem. (Blažek et al., 2012, s. 427)

Jak uvádí Blažek et al. (2012, s. 427): „*Dlouhodobá předoperační příprava nutně zahrnuje kontinuální informovanost nemocného o plánovaném výkonu a potřebných krocích v přípravě, naší*

snahou je podpora spolupráce (compliance) pacienta. “ Doporučení se také vztahuje na zanechání kouření, vysazení hormonální antikoncepce, redukci hmotnosti u obézních pacientů. V krátkodobé přípravě je také ve spolupráci s pacientem nutné upravit a neustále revidovat medikaci. (Blažek et al., 2012, s. 427) Tématu kouření před operací, které je spojené s vyšším výskytem pooperačních komplikací, se věnuje mnoho studií. Lékař Wu, působící v americkém akademickém zdravotnickém středisku, srovnával v roce 2012 dostupné výsledky metaanalýz a studií, které se tímto fenoménem zabývaly. Především je rozpor v načasování ukončení kouření, protože přetrvává názor, že ukončení kouření krátce předoperačně zvyšuje výskyt plicních i celkových chirurgických komplikací po operaci. Doporučení, které vychází z této analýzy, je přestat kouřit minimálně čtyři týdny před operací, lépe však až osm týdnů. (Wu, 2012) Dále se vzhledem k možnému výskytu patologického ložiska v těle pacienta také pátrá po zdrojích infekce, které by mohly ohrozit pacienta v pooperačním období, především po operaci srdečních chlopní. (Schneiderová, 2014, s. 80)

Příprava pacienta před plánovanou operací je specifická dle typu operace, komorbiditách nemocného a také se postupuje dle standardů daného pracoviště. Příjem pacienta ke kardiochirurgickému výkonu je plánován zpravidla 1–2 dny před samotným operačním výkonem. Součástí je vstupní vyšetření a kontrola výsledků vyšetření, ale také seznámení pacienta se strategií plánované péče a podepsání potřebných informovaných souhlasů. (Blažek et al., 2012, s. 428) Kontakt pacienta se zdravotnickým personálem v příjmové ambulanci bývá pro pacienty velmi důležitý, je to počátek jejich cesty nemocničním světem. Pacient poté obvykle přichází na standardní lůžkové oddělení, kam se následně vrací z oddělení intenzivní péče po stabilizaci stavu. Pacient je zde seznámen s chodem a provozním řádem oddělení. Dále je provedena předanestetická příprava, kterou provádí anesteziolog v den před operací. Anesteziolog rozhoduje o typu anestezie a je povinen řádně pacienta o možnostech anestezie informovat a podepisuje s pacientem poté *Informovaný souhlas pacienta s anestézií*. (Kalábová a Drobiličová In Kaláb et al., 2013, s. 25–26) Je vhodné zjistit, co pacient o dané problematice už ví, což může usnadnit počátek rozhovoru a eventuálně se zaměřit na nejasné body. Jak uvádí Málek (2000, s. 279): „*Neporozumění situaci a nadměrná úzkost pacienta totiž negativně ovlivňuje jeho spolupráci s lékařem a může vést k nejrůznějším komplikacím jak během vlastního výkonu, tak i po něm.*“ Operátor navrhuje možnosti operačního výkonu, pokud jsou alternativní postupy, seznámí ho i s nimi a vysvětlí pacientovi operační zákrok. Poté podepisují informovaný souhlas pacienta s daným výkonem. (Večeřová In Bartůněk et al. 2016, s. 287–288) K tomu ovšem Pafko dodává (In Ptáček, 2011, s. 97): „*Pacient ocení osobní rozhovor, během kterého je úkolem chirurga získat jeho důvěru. Všechny podepsané formuláře mají z etického pohledu menší důležitost.*“

Nedílnou součástí předoperační přípravy je fyzická a psychická příprava. Pacient je vyzván k důkladné očištění den před operací a ještě ráno v den operace. Připravuje se operační pole holením a očištěním. (Blažek et al., 2012, s. 428) K omezení kožní flóry se používají antiseptická mýdla i v několikadenní přípravě jako prevence infekce v ráně. (Workman a Bennett, 2006, s. 241) Obvykle pacienti, kteří jsou připravováni k elektivnímu výkonu, od půlnoci lační a již nepřijímají nic per os, kromě ranní premedikace. Bandážují se neoperované dolní končetiny k prevenci tromboembolie. V rámci toalety se v bezprostřední přípravě odstraňuje zubní náhrada, případně další protetické pomůcky. Zavádí se periferní žilní kanyla a pacient je premedikován. Pacient již lůžko neopouští a je sledován až do předání na operační sál anesteziologickému týmu. (Blažek et al., 2012, s. 428)

Psychická příprava spočívá ve vlídné a trpělivé komunikaci s pacientem. V roce 2014 byly zveřejněny výsledky studie autora Gua, která porovnávala studie v anglickém jazyce z let 2000–2011 týkající se předoperační úzkosti pacientů. Cílem tohoto šetření bylo aktualizovat důkazy o účinnosti předoperačního vzdělávání u kardiochirurgických pacientů v souvislosti s vysokou hladinou předoperační úzkosti. Závěrem byly protichůdné výsledky, kdy některé studie prokázaly vliv informací, edukace na snížení úzkosti a rychlejší rekonvalescenci, jiné tuto souvislost neprokázaly. Studie poukazuje na potřebu dalšího výzkumu v této oblasti a autoři doporučují nabízet pacientům účinnější a efektivnější služby prostřednictvím vyškoleného multidisciplinárního týmu. (Guo, 2015) Je dále důležité si uvědomit, že stres, který jistě provází pacienta před operací i jiným invazivním zákrokem, ovlivňuje do značné míry i schopnost pacienta podané informace zpracovat a zapamatovat si je. Ovlivněna je zejména krátkodobá paměť. (Koukolík, 2012, s. 314)

Další významnou součástí předoperační přípravy je dechová rehabilitace pacienta. Fyzioterapeut edukuje pacienta o správné technice dýchání a rehabilitaci po operaci. (Blažek et al., 2012, s. 428) Pacient je dále seznámen s krátkodobým i dlouhodobým rehabilitačním programem. Je informován o riziku tromboembolických komplikací a možnostech jejich prevence. Důležitý je nácvik vstávání do sedu přes bok s fixací operační rány. (Kapounová, 2007, s. 162)

3.1.2. Pooperační péče

Nekomplikovaný pooperační průběh je výsledkem mnoha faktorů, zejména je odrazem dobré předoperační přípravy, kvalitní anestezie a bezproblémového operačního výkonu. Vlastní pooperační péče začíná převzetím pacienta po operaci anesteziologem na pooperační lůžko. Kardiochirurgičtí pacienti jsou po výkonu na umělé plicní ventilaci (UPV) a v analgozaci a kontinuálně hemodynamicky monitorováni. Sledovány jsou fyziologické funkce, provádí se laboratorní vyšetření a další potřebná vyšetření, která závisejí na stavu nemocného. Intenzivní pooperační péče si klade za cíl stabilizovat stav nemocného a včas rozpoznat komplikace. Pacient je veden k časně extubaci, pokud to jeho stav umožňuje. Důležitá je pooperační analgezie. (Večeřová In Bartůněk et al., 2016, s. 291)

Obvykle chirurg dochází za pacientem po operaci a seznamuje ho, eventuálně i jeho blízké, s výsledkem operace a dalšími okolnostmi, které souvisejí s operačním zákrokem. Samostatnou kapitolu pak tvoří pacienti s nepříznivou prognózou. V takových případech stojí lékař před obtížnou situací, jak s nemocným jednat. (Pafko In Ptáček et al., 2011, s. 101) K tomu Pafko (In Ptáček et al., 2011, s. 101) dodává: „*Chirurg by si měl být vědom toho, že není psychologem a spíše zná onemocnění než jeho nositel. Porada s psychologem a osobami nemocnému blízkými mu může pomoci řešit svízelnou situaci. Vždy by každá informace měla obsahovat naději!*“ Také anesteziolog informuje pacienta o průběhu operace, prognóze nemoci, plánu léčebné péče. V případě nepříznivých zpráv by měl být pacient pravdivě informován a vždy by se měl vyjádřit upřímný zájem a úcta k lidskému údělu. (Málek a Šimek, 2000, s. 280) V případě výskytu komplikací se jeví předoperační vzdělání pacientů jako výhodné. To potvrzuje např. kvalitativní výzkum z roku 2007 provedený Ivarssonem et al. u pacientů před operací a 8 týdnů po operaci s cílem posoudit postoj pacientů k informacím, nedostatky a výhody informací a obavy z operace. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin. První skupině byly poskytnuty podrobné informace o rizicích spojených s operací. V druhé, kontrolní skupině, pacienti obdrželi standardní informace. Výsledkem bylo, že pacienti z intervenční (tedy první) skupiny, kteří měli komplikace, na ně byli

lépe připraveni, snadněji situaci porozuměli, a byli tak následně také spokojenější s poskytovanou zdravotní péčí. (Ivarsson et al., 2007, s. 32–38)

Sestra poskytuje pacientovi komplexní ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Intenzivní péče je vysoce specializovaná péče o nemocného za použití náročné zdravotnické přístrojové techniky. (Mahútová In Bartůněk, 2016, s. 293) Je také zapotřebí dokázat zvolit vhodný způsob komunikace. Sestra by měla být schopna komplexního posouzení zdravotního stavu pacienta i vzhledem k jeho premorbidní osobnosti a jeho psychosociálním potřebám. (Zacharová et al., 2007, s. 95)

I v pooperační péči je stále kladen důraz na edukaci o bolesti, spojené s operačním zákrokem, přestože je předpoklad, že tato edukace proběhla i předoperačně. Je důležité vědět, že při kardiochirurgických výkonech dochází k rozsáhlému poranění tkání, žeber a periostu, k poškození mezižeberních nervů, pleury, bránice či k dislokaci kloubních spojení žeber a páteře. Dále může být bolest lokalizovaná v místě případného odběru žilních štěpů na dolních končetinách. Po torakotomiích se může vyskytnout silná bolest ramene. Bolest může být také výraznější v místě zavedeného hrudního drénu. Další příčinou bolesti v pooperačním období mohou být invazivní výkony nebo např. nešetrné převazy operačních ran a invazivních vstupů. Vždy je třeba dbát na informování pacienta o daném výkonu a na maximální snahu o odstranění bolesti nebo alespoň její minimalizaci. (Michálek In Vymazal et al., 2016, s. 409–410) Ševčík a Křikava (2007, s. 7) apelují: „*Předpokládejme bolest a předcházejme ji dříve, než se rozvine. Analgetika musíme podat před bolestivými zákroky.*“ Jak dále uvádějí autoři, akutní pooperační bolest může být ovlivněna charakterem operace a typem anestezie, fyzickým a psychickým rozpořením pacienta, psychologickou a farmakologickou předoperační přípravou, výskytem chirurgických komplikací a kvalitou analgetické pooperační péče. Velmi důležitá je spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem, pacient musí být dobře edukován, aby výskyt bolesti nebagatelizoval. Důsledkem je pak nejen dobře zvládnutá akutní pooperační bolest, ale také snížení rizika chronické pooperační bolesti. (Ševčík a Křikava, 2007, s. 5–6)

Důležitá v pooperačním období je péče o operační rány. Pacientovi po provedené sternotomii musí být umožněno snadné odkašlávání, je třeba ho naučit stabilizovat hrudník při kašli i mobilizaci a stále mu tento postup opakovat. V případě potřeby se používá např. hrudní pás, který se fixuje okolo hrudníku suchým zipem. Vertikalizace se provádí vstáváním přes bok. Také je pacient opakovaně poučen o nutnosti vyvarovat se pohybů, které příliš nebo nesymetricky zatěžují hrudník. (Němejcová et al., 2010, s. 14) Tato doporučení jsou důležitá pro správné zhojení operační rány. Může nastat tzv. sterilní mechanická dehiscence rány s nestabilitou fragmentů sternu pro prořezání cerkláže. Porucha hojení kardiochirurgických ran může významně komplikovat pooperační stav pacienta. (Kaláb, 2013, s. 21) Další zaměření edukace pacienta v péči o ránu je hygiena rány a prevence její infekce. V současnosti je v kardiochirurgii snaha o minimalizaci operační plochy miniinvazivními operačními přístupy tam, kde je to možné.

Velmi důležité pak je včasné odhalení problému s hojením operační rány a zvolení vhodné terapie. Na prvním místě je ale prevence vzniku infekce. Ta začíná již předoperační přípravou pacienta, dodržováním aseptických postupů zdravotnických pracovníků na operačním sále a dále pokračuje správnou péčí o rány nejen v časném pooperačním období. (Schneiderová, 2014, s. 80)

Rehabilitace v pooperačním období je tzv. 1. fáze kardiorehabilitace. Tento dnes již běžně používaný pojem vymezuje léčebný program pro pacienty po kardiochirurgické operaci a také pro pacienty po prodělaném akutním infarktu myokardu. Prováděná může být během lázeňského

pobytu nebo ambulantní formou. (Karel a Skalická, 2009, s. 186–187) Velikost zátěže u pohybové terapie pacienta po operaci určuje ošetřující lékař na základě zhodnocení jeho aktuálního klinického stavu. U pacientů s nekomplikovaným průběhem se přistupuje 1. pooperační den k cvičení na lůžku s důrazem na prevenci tromboembolické nemoci, přibližně 3. pooperační den mohou pacienti vstávat a nacvičovat chůzi. Chůzi po oddělení by měl pacient zvládnout 7. den. Součástí rehabilitační péče je také dechová fyzioterapie, která je důležitá v prevenci pooperačních dechových komplikací a pomocí různých technik pomáhá i ještě u intubovaných pacientů v odstranění sekretu z dýchacích cest a navození stereotypu dýchání. Postup v rehabilitaci pacientů je individualizován, může být rychlejší např. u pacientů, kde nebyla operace provedena sternotomií, ale některým z miniinvazivních přístupů, které bývají pro pacienta šetrnější, s menším rizikem komplikací a menší bolestivostí. Bývá také méně zatížena mechanika dýchání a u dechové rehabilitace není nutná fixace sternu např. během kašle. (Kolář P. et al., 2009, s. 574)

3.1.3. Překlad, propuštění, plánování následné péče

Stabilní pacient, nevyžadující již intenzivní péči, je dle zvyklostí kliniky překládán na oddělení intermediární péče či na standardní oddělení. Zde je pokračováno v individualizované péči a jsou upevňovány a doplňovány informace ohledně sebek péče, které jsou specifické pro pacienty po kardiokirurgickém výkonu. Jsou to např. péče o kardiokirurgické rány, rehabilitace, úprava dietního režimu. (Kolář P. et al., 2009, s. 575) Propuštění je možné, pokud jsou splněny určité podmínky, tzn. stav pacienta je stabilní, nejsou známky akutního zánětu, pacient bez obtíží přijímá potravu a je pro něj vytvořen plán ambulantních kontrol. Pacient se propouští do domácího prostředí nebo je přímo přeložen do rehabilitačního zařízení. Pokud nejsou splněny podmínky pro propuštění či není možnost zajistit adekvátní péči v domácích podmínkách, překládá se pacient na oddělení následné péče. (Večeřová In Bartůňek et al., s. 291) Po celou dobu hospitalizace by měla být respektována potřeba blízkých a společně s nimi je případně pacient veden k přijetí nových životních podmínek a změně životního stylu. (Zacharová et al., 2007, s. 95)

Kardiorehabilitace pokračuje po propuštění z nemocnice 2. fází. Ta trvá do konce třetího měsíce od operace. Možností je lázeňská rehabilitace nebo ambulantní. (Karel a Skalická, 2009, s. 186) Plán rehabilitace se vytváří ve spolupráci pacienta, praktického lékaře, kardiologa, fyzioterapeuta a rehabilitačního lékaře. Jedná se o pohybový plán, ale také je pacient poučen v péči o jizvu, o farmakoterapii, je snaha o maximální spolupráci při snížení rizikových faktorů nemoci a podpoře pacienta ve zdravém chování a aktivním způsobu života. Další fází je 3. fáze kardiorehabilitace, během které pacient přechází k běžnému rekonvalescenčnímu režimu. (Kolář P. et al., 2009, s. 575–576) Poslední, časově neomezená fáze č. 4 navazuje a jak Kolář P. shrnuje (2009, s. 575): „*Základem úspěšné rehabilitace je modifikace rizikových faktorů životního stylu.*“ Pacient je důsledně instruován o pohybovém režimu, poučen o aktivitách, které by mohly zkomplikovat proces hojení, např. zvedání a nošení těžkých břemen, řízení automobilu do zhojení jizvy, sporty s doskoky. Naopak doporučené je přiměřené sportovní zatížení, především vytrvalostní pohybová aktivita střídající se s fází odpočinku. Pokračuje se v dechové fyzioterapii. Dále je pacient poučen o nutnosti aklimatizace při přechodu z teplejších do chladnějších prostor. Důležité je, aby pacient konzultoval se specialistou nejen výskyt obtíží, ale docházel na pravidelné kontroly, a plán péče tak mohl být dále individualizován, respektoval potřeby pacienta a zajistil mu co nejkvalitnější život. (Kolář P. et al., 2009, s. 575)

Programy pro poskytování kardiorehabilitace jsou stále vyvíjeny ve snaze se co nejvíce přizpůsobit potřebám pacientů a poskytovat účinné vzdělávání, rehabilitaci a podporu v sekundární prevenci

nemocí. Mnoho studií se zaměřuje na účinnost kardiorehabilitace. V roce 2014 Anderson et al. publikovali výsledky systematické analýzy dat, která měla za cíl porovnat studie zaměřené na vliv vzdělávání pacientů v kardiorehabilitaci na mortalitu, morbiditu, kvalitu života a náklady na zdravotní péči. Nebyly sice zjištěny zásadní důkazy o vlivu vzdělávání na mortalitu a morbiditu, ale některé studie potvrdily vliv vzdělávání na kvalitu života a na snížení výskytu kardiovaskulárních příhod u těchto pacientů. Autoři analýzy dále doporučili provedení definitivního výzkumu v této oblasti. (Anderson et al., 2014)

3.2. Specifické informace pro pacienty dle typu operačního výkonu

V této části textu se věnuji charakteristice nejčastějších kardiochirurgickým výkonům, které podstupují pacienti v ČR, a specifickým informacím, jež pro ně z jednotlivých výkonů vyplývají. Sběr dat o provedených kardiochirurgických výkonech v ČR podléhá zákonu o zdravotních službách a správou těchto dat je pověřen Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Poslední zveřejněná data v době psaní mé diplomové práce jsou z roku 2012. Přehled kardiochirurgických výkonů včetně procentuálního podílu uvádím v následující tabulce.

Tabulka 1 Kardiochirurgické operace v roce 2012

Typ operace	Rok 2012	Procentuální podíl
pouze aorto-koronární bypass (ACB)	3600	38 %
pouze chlopeň	1573	16 %
ACB + chlopeň	913	10 %
jiná kombinace výkonu: ACB + jiné, chlopeň + jiné, ACB + chlopeň + jiné, jiné	2521	26 %
defekt septa síní	253	3 %
jiné vrozené srdeční vady	23	< 0,5 %
myxom	36	< 0,5 %
disekce A	102	1 %
výkon na vzestupné aortě (vyjma disekce A)	482	5 %
transplantace	73	1 %

Zdroj: Šetina et al., 2014, s. 9, 34

Z jednotlivých nemocí, poruch a jejich řešení vyplývají charakteristické kategorie pacientů, které vyžadují specifický přístup v předoperačním i pooperačním období, a to nejen z hlediska léčby a lékařských intervencí, ale také právě z hlediska podávání informací pacientovi, komunikace a spolupráce pacienta se všemi zdravotnickými pracovníky.

3.2.1. Ischemická choroba srdeční – operace aorto-koronární bypass

Operační rekonstrukční výkon na koronárních tepnách je indikován u pacientů s prokázaným aterosklerotickým onemocněním těchto tepen a zároveň není účinná maximální medikamentózní léčba a není vhodné katetrizační řešení tepenného postižení. Před plánovanou operací se optimalizuje především anginózní léčba, tělesná hmotnost a krevní tlak. Léčba salicyláty a antikoagulancii se přerušuje. Symptomatictí nemocní s aterosklerózou karotid podstupují

profylaktickou endarterektomií jako prevenci cévní mozkové příhody během operace. (Kolář J. et al., 2009, s. 340–341)

Pooperační doporučení pro pacienta vyplývá především z patologie onemocnění, pro které byl pacient indikován k operaci. Jedná se tedy o prevenci ischemické choroby srdeční (ICHS). Předpokladem je, že pacient se s doporučeními setkává již v předoperačním období po stanovení základní diagnózy, ale ne všichni pacienti doporučení respektují. Mezi nefarmakologická opatření patří striktní zákaz kouření. Jak konstatuje Vítovec (2011, s. 202): „Zbavení se zlovyku kouření je neúčinnějším opatřením v sekundární prevenci: žádný lék nedokáže snížit mortalitu o 25–50 %, jak to dokáže přerušeni kuřáckého zlovyku.“ Dále se doporučení týkají snížení tělesné váhy u obézních pacientů. Optimalizací tělesné váhy je ovlivněn krevní tlak, hladina lipidů a glykémie. Dietní opatření souvisí s redukcí tělesné váhy a případně se změnou stravovacích návyků a zvýšením fyzické zátěže. (Vítovec et al., 2011, s. 202–204)

3.2.2. Vady srdečních chlopní - výkony na aortální, mitrální či trikuspidální chlopní

Většina hemodynamicky významných chlopních vad je řešena chirurgicky. V posledních letech je u rizikovějších pacientů voleno katetrizační řešení. Indikace k operaci je prováděna na základě zhodnocení obtíží pacienta a nálezů na echokardiografu. U pacientů starších 40 let je předoperačně zjištěn stav koronárního řečiště a eventuálně naplánován kombinovaný operační výkon s ošetřením postižené chlopně i ACB. Snahou operátora je chlopeň při operaci zachovat, provést její plastiku. Pokud výkon nelze uskutečnit, postižená chlopeň nebo její část je odstraněna a nahrazena chlopní biologickou nebo mechanickou. (Tošovský In Kolář et al., 2009, s. 422–423)

Chlopní protézy jsou buď biologické, či mechanické. Bioprotézy jsou připraveny ze zvířecích tkání, nejčastěji z vepřových nebo telecích chlopní. Dále mohou být z hovězího perikardu a z chlopní odebraných z mrtvých dárců, to jsou tzv. allografty. Významnou výhodou bioprotéz je nízké riziko jejich trombózy. Pacientům se po třech měsících vysazuje antikoagulační léčba a pokračují jen s antiagregancii. Jejich nevýhodou je rychlejší degenerace. Jednou z indikací biologické chlopně je tedy i věk nemocného a jeho způsob života. Mechanické protézy se skládají z kovového prstence, na němž je upevněn textilní kroužek, a dále z výklopných lístků. Jedná se o tzv. dvoulístkové chlopně. Výhodou mechanických chlopní je jejich spolehlivost a prakticky neomezená životnost. Podstatnou nevýhodou je však vysoké riziko trombózy a následná embolizace. U pacientů je proto nutná trvalá antikoagulace. (Tošovský In Kolář et al., 2009, s. 423–425)

Trombóza implantované chlopně není častá, ale zato závažná komplikace. U biologických chlopní jsou rizikové první měsíce po implantaci, než dojde k endotelizaci prstence. Trombus na chlopní může omezit otevírání nebo dovírání lístku chlopně, zúžit její ústí nebo způsobovat regurgitaci. Kromě těchto mechanických komplikací může utržený trombus ohrozit nemocného embolizací do oběhu. Preventivní opatření u těchto nemocných spočívá tedy především v dokonalém informování, poučení o možných závažných komplikacích, které mohou vzniknout při přerušeni antikoagulační léčby. Předávkování antikoagulancii se může projevit krvácením z dásní, nosu, močových cest, žaludku, střev i do mozkové tkáně, což je nejzávažnější komplikace. Je proto důležité získat pacienta k aktivní spolupráci, dostatečně ho informovat o nutnosti pravidelných kontrol. (Tošovský In Kolář J. et al., 2009, s. 429) V roce 2008 byla provedena studie v ordinacích praktických lékařů, která byla zaměřena na informační znalost pacientů, užívajících antikoagulační

lék warfarin. Výsledkem šetření bylo např. zjištění, že téměř dvě třetiny pacientů si neuvědomovalo, že užívání tohoto léku je spojeno s možnými vážnými zdravotními důsledky, a ani neuvádělo jako hlavní riziko zvýšenou krvácivost. Pacienti často také neznali interakce s dalšími léky a většinou neinformovali lékárníky o užívání warfarinu. Autoři studie identifikovali značné nedostatky v informovanosti pacientů léčených warfarinem a zejména vyzdvihli velký prostor pro edukační činnost zvláště nelékařských zdravotnických pracovníků. (Urbánek et al., 2008, s. 6–10)

Pacienti užívající antikoagulační dále dostávají průkaz, v němž je uvedena základní diagnóza, typ chlopně, hodnoty INR u warfarinizovaných pacientů, typ a dávky antikoagulačních. Pacient by měl být poučen, že bude informovat zdravotnické pracovníky před i drobným invazivním zákrokem, a to právě z důvodů vzniku možných krvácivých komplikací. Další komplikací, která může být pro pacienta velmi nebezpečná, je vznik infekce na implantované srdeční chlopně. Ta ohrožuje nemocného vznikem dysfunkce chlopně, embolizací a vznikem abscesů v orgánech. Často je nutná reoperace a ošetření poškozené chlopně, resp. její náhrada. Preventivní opatření spočívá opět v opakovaném poučení pacienta, jehož výstupem by mělo být pochopení závažnosti komplikací při jejich nedodržení. Prevence je již předoperační, kdy je snaha o залечení všech chronických zánětů, pokračuje při operačním výkonu a stává se následně součástí pacientova života. Před propuštěním dostává pacient průkaz nemocného s doporučeními týkajícími se antibiotické léčby. Krytí antibiotiky je nutné před veškerými intervenčními zákroky, které by mohly způsobit i jen přechodnou bakteriémií. Další důležitou preventivní oblastí je antibiotické залечení horečnatých stavů. (Tošovský In Kolář et al., 2009, s. 429–430)

3.2.3. Chirurgická léčba srdečních arytmií

Chirurgické léčby se v arytmiologii využívá v některých případech u flutteru a fibrilaci síní a u některých komorových arytmií. Nejčastěji se setkáme s využitím techniky MAZE u fibrilaci srdečních síní. MAZE je označení výkonu na srdeční svalovině, kdy jsou provedeny transmuralní léze stěny srdečních síní, které mají zabránit patologickému šíření vzruchu v síních po reentry okruzích. Systém provedených lézí připomíná bludiště, proto se užívá toto označení. Léze se nejčastěji provádějí kryoablační mrazicí sondou, dále radioablační sondou, tzv. radiofrekvenční ablační. Dalšími možnými technikami je použití laseru nebo vysokofrekvenčního ultrazvuku. K výkonu jsou indikováni pacienti s fibrilací síní většinou v kombinaci s jiným, chirurgicky řešitelným onemocněním srdce. Možností je také izolované MAZE ošetření jako samostatný výkon torakoskopickým přístupem z malých incízi hrudní stěny. Léze jsou provedeny radiofrekvenční sondou. Pacient se selektivně intubuje a předoperačně se nechá zkolabovat plíce na straně výkonu. (Kovářková a Kaláb In Kaláb et al., 2013, s. 201–202)

Pacienti, kteří přicházejí k chirurgickému řešení fibrilace síní, jsou většinou již předoperačně dlouhodobě sledováni a informováni o specifických opatření souvisejících s touto diagnózou. Jedná se zejména o užívání antikoagulačních. U kardiochirurgických pacientů je však výskyt fibrilace síní také častou komplikací pooperační. Uvádí se až u jedné třetiny pacientů. Vyvolávající příčina je zde přechodná a většina fibrilací síní nepřetrvává. Pokud přetrvává v pooperačním období a nedochází k návratu sinusového rytmu ani jiným způsobem léčby, odchází pacient s léčbou antikoagulační, nejčastěji warfarinem, stejně jako je tomu u ostatních pacientů s fibrilací síní. (Čihák a Heinc, 2004, s. 9)

Edukace pacientů je pak shodná jako u pacientů po implantaci mechanické chlopně, tj. pacient by měl docházet na pravidelné kontroly krevní srážlivosti, měl by být upozorněn na možné interakce s dalšími léčivými, měl by upravit stravu a omezit příjem vitamínu K, při krvácivých projevech se dostavit na kontrolu k lékaři, měl by být poučen o nutnosti informovat zdravotnické pracovníky o užívání antikoagulačních i před menšími invazivními

zákroky. Opatrnost je také nutná u pacientek, které otěhotní. V tom případě se ukončuje terapie warfarinem a přechází se na aplikaci nízkomolekulárního heparinu. (Orion Pharma s.r.o., ©2017)

3.2.4. Vrozené srdeční vady

Vrozené srdeční vady (VSV) nejsou dnes již doménou dětských kardiologů a kardiochirurgů. Dospělých pacientů s touto diagnózou přibývá a to jednak díky zvyšujícímu se počtu přeživších dětí s VSV a také zlepšující se diagnostice těchto vad u dětí i dospělých. (Rubáčková-Popelová, 2015, s. 315) Jak dále uvádí Rubáčková-Popelová (2015, s. 315): „*Řada dospělých s VSV řešenou v dětství vyžaduje další operaci nebo intervenci v dospělosti, a to často i v asymptomatickém období. Je-li pacient odeslán do specializovaného centra až s významnými symptomy, jsou jeho prognostické vyhlídky i dlouhodobé operační výsledky významně horší, než je-li odeslán včas.*“ Mezi časté VSV, které vyžadují chirurgickou léčbu v dospělosti, patří defekt septa síní, bikuspidální chlopeč aorty a vrozené aortální vady a defekt septa komor. Předoperační i pooperační péče a informace, které pacient získává během hospitalizace, jsou závislé na mnoha faktorech. Ve většině případů jsou nemocní již sledováni ve specializovaném centru pro léčbu VSV. Strategie operačního výkonu z hlediska specifické přípravy se nemusí lišit od ostatních pacientů podstupujících kardiochirurgický výkon, ale vychází z celkového předoperačního stavu a z odlišností v morfologii srdeční vady. (Rubáčková-Popelová, 2015, s. 315–317) Někdy se také jedná o pacienty, kteří jsou doprovázeni zákonnými zástupci. V rámci naší kliniky je umožněn maximální kontakt rodiny s takovým pacientem a snaha o vstřícnou a efektivní komunikaci mezi všemi zúčastněnými.

3.2.5. Operace hrudní aorty

Výkony na hrudní aortě jsou indikovány nejčastěji při její disekci nebo aneurysmatu. Disekce ascendentní aorty je většinou akutní stav, který vyžaduje okamžité chirurgické řešení. V případě plánovaných výkonů jsou nejvíce operována na kardiochirurgickém oddělení aneurysmata ascendentní aorty. Nezřídka jsou diagnostikovány náhodně při zobrazovacích metodách prováděných z jiných příčin. Po ateroskleróze se řadí ve výskytu na druhé místo onemocnění aorty. Chirurgické řešení závisí na klinickém nález, lokalizaci, útlaku okolí a dalších vyskytujících se komplikacích. (Šťásek, Němec a Vítovec, 2014, s. 468–469) Závažným nálezem je typ, kdy je postižen oblouk aorty. Zde je kladen důraz na ochranu mozku během operačního výkonu. Dále typ torakoabdominální, který, jak uvádí Piler a Fiala (2008, s. 18), „*představuje pro svoji technickou složitost a komplexnost přístupu včetně náročné pooperační péče jednu z nejobtížnějších chirurgických oblastí*“. U všech pacientů, kde je operačně řešeno onemocnění hrudní aorty, je na jednotce intenzivní péče kladen vedle standardní monitorace fyziologických funkcí důraz na sledování neurologických parametrů, funkci ledvin, kontrolu krevního tlaku a ve spolupráci s pacientem zejména na kontrolu bolesti, protože její přetrvávání i přes podávanou léčbu může být varovným signálem hrozící ruptury. (Vařejka, Lindner a Špaček In Bartůněk et al., 2016, s. 381–382) Po propuštění jsou u pacientů časté kardiologické kontroly, je třeba získat pacienta ke spolupráci zejména v měření krevního tlaku, farmakoterapii a v sekundární prevenci aterosklerózy. Doporučuje se také pravidelná kontrola operované aorty zobrazovacími metodami. Obecně by pacienti s onemocněním aorty měli být sledováni celoživotně. (Šťásek, Němec a Vítovec, 2014, s. 475–476)

3.2.6. Ostatní výkony v kardiouchirurgii

Dále se také řeší operativně traumata srdce, onemocnění perikardu a jiné, vzácnější stavy a onemocnění. Aktuální problematikou dnešní kardiouchirurgie jsou pak pacienti, kteří potřebují mechanickou srdeční podporu či transplantaci srdce. Vzhledem k nedostatku dárců byla zavedena metoda dlouhodobé mechanické podpory levé a v některých případech i pravé srdeční komory. V současnosti se jedná o moderní implantovaná čerpadla, která pacienta omezují v aktivním životě již minimálně. (Pirk In Rokyta a Höshl, 2016, s. 53) V rámci našeho pracoviště se však setkáváme spíše s pacienty, kteří jsou na krátkodobé mechanické srdeční podpoře metodou mimotělní membránové oxygenace, tzv. ECMO (extracorporeal membrane oxygenation), a to nejčastěji veno-arteriálním, zejména pro kardiogenní šok z nejrůznějších příčin, či veno-venózním, při nedostatečné oxygenační funkci plic. (Mošna In Vymazal et al., 2016, s. 438–439) Podávání informací a komunikace s pacientem napojeného na ECMO vychází z péče o intenzivně zajištěného pacienta, většinou analgosedovaného a na UPV. (Balík a Pražáková In Bartůněk et al., 2016, s. 239)

3.3. Geriatrický pacient

Tuto kapitolu jsem zařadila záměrně jako samostatnou, protože vysoký biologický věk se může projevit ve všech stránkách osobnosti pacienta a může být limitací při poskytování informací a jejich následné zpracování a využití pacientem. Geriatrickí pacienti jsou z pohledu komplexního chápání nemocného člověka specifickou skupinou, která je v kardiouchirurgii početná a zaslouží si pozornost.

Lidé vyššího věku jsou velmi heterogenní skupinou. I někteří pacienti velmi pokročilého věku mohou být soběstační a aktivní. (Kalvach a Wija In Kalvach et al., 2011, s. 81) Jak dále uvádějí autoři Kalvach a Wija (In Kalvach et al. 2011, s. 82): „Úspěšné stárnutí by mělo vytvořit předpoklady pro aktivní zdravé stáří. Jde o zachování zdraví, vyvarování se chorob, o zachování funkční zdatnosti, psychické pohody, aktivit, bohaté sociální sítě kontaktů i o vytvoření ekonomických, bytových i dalších předpokladů.“ Za ohroženou skupinu jsou považováni pacienti křehcí („frail“), kteří již nejsou zdatní, odolní a adaptabilní. Nejsou schopni zvládat běžnou zátěž a snadno se funkčně dekompenzují. Lehce se pak z takových pacientů stanou zcela závislí pacienti. (Kalvach a Wija In Kalvach et al., 2011, s. 81)

Vlivem demografických změn populace ve světě stárne. Dochází k zvyšování počtu geriatrických pacientů ve všech zdravotnických oborech. (Stoklasová In Bartůněk et al., 2016, s. 335) Průměrný věk operovaných pacientů v kardiouchirurgii v roce 2012 byl v ČR 65,2 let. Z celkového počtu operovaných se jedná o přibližně 38 % pacientů starších 70 let a z tohoto počtu pak mírně přes 6 % jsou pacienti dokonce starší 80 let. (Šetina et al., 2014, s. 33) Jak uvádí Čoček et al. (2007, s. 419): „Operace srdce v pokročilém věku jsou realitou.“ V souvislosti se stárnutím kardiouchirurgických pacientů a jejich častými komorbiditami, se zvyšuje nákladnost zdravotní péče a je vytvářen i tlak na kvalitu poskytované péče. Autoři označují rizikovou skupinu pacientů starších 75 let a zejména podstupující kombinované výkony. (Čoček et al., 2007, s. 419–420) Kardiouchirurgie je v současnosti v tzv. recesi především rozvojem intervenční kardiologie. (MeDitorial, ©2018) Přesto je problematika geriatrických, polymorbidních pacientů v kardiouchirurgii stále aktuální.

3.3.1. Specifika podávání informací geriatrickým pacientům

Při komunikaci a předávání informací je důležitý profesionální přístup, který je individualizovaný na základě již zjištěných informací, možností a schopností pacienta. U starších pacientů by měly být respektovány změny zejména psychických funkcí. (Zacharová, 2017, s. 132) Během procesu stárnutí se mění funkce orientačně-informativní, regulační i adaptační. (Mellanová et al., 2014, s. 98) Jak dále uvádí Mellanová (2011, s. 98): „*Od těchto změn se následně odvíjí i změny emotivity, paměti, představitivosti a myšlení. Mění se motivace, volní vlastnosti a adaptabilita.*“

S jednoduchým úkolem si staří lidé dokážou dobře poradit. Ale jak uvádí Křivohlavý (2002, s. 142): „*Čím složitější je úkol, který je třeba zvládnout, tím větší těžkosti stárnoucí lidé mají.*“ Změny v kognitivní oblasti mohou způsobit potíže s přijímáním nových podnětů, mohou také snížit schopnost přizpůsobit se novým věcem i dokázat měnit postoje a způsob života. (Křivohlavý, 2002, s. 142–143) Somatické projevy stáří se projevují ve všech tělesných systémech. Dochází také ke změnám v oblasti smyslového vnímání. V oblasti vidění dochází k tzv. presbyopii. V 70 letech se vyskytuje u 25 % lidí, později až u poloviny). Postupem stáří se zhoršuje sluch, zejména ve vyšších frekvencích akustického spektra, velmi často jsou tak starší lidé nedoslýchaví. (Křivohlavý, 2002, s. 140)

Stárnutí může znamenat zásah do celého procesu učení a chápání informací i do oblasti komunikace. Jak tedy postupovat při kontaktu se starším nemocným, aby bylo dosaženo porozumění a efektivní komunikace? Důležité je připravit prostředí pro komunikaci, eliminovat rušivé prvky a vymežit si dostatek času. Pacientovi je potřeba se představit a nechat jej jméno zopakovat a zjistit, jak si přeje být osloven. Při komunikaci je nutné udržovat oční kontakt. Mluvit jasně, hlasitě, v kratších větách. Pokud se použije odborný výraz, následně je potřeba jej pacientovi objasnit. (Pokorná, 2011, s. 92) Obsahová stránka řeči bývá zachována, ale vyskytuje se tzv. latence odpovědi, což je doba, která uplyne od položení otázky k odpovědi. Zhoršuje se také krátkodobá paměť a pro dobré zapamatování informace je kladen ještě větší důraz na kombinování formy podané informace, např. audiovizuální v kombinaci s hlasitým opakováním. (Křivohlavý, 2002, s. 142) Nemocnému musí být poskytnut prostor pro kladení otázek a měl by mít možnost si otázky ještě promyslet, případně písemně připravit. (Pokorná, 2011, s. 93)

Aktivita zjišťovat si informace, snažit se je pochopit a být tak partnerem zdravotnickým pracovníkům, může být u starších pacientů ještě ovlivněná paternalistickým modelem. Tento postoj je obecně na ústupu, ale v případě starších pacientů stále často přetrvává jak v postoji pacienta, tak i zdravotnických pracovníků k němu. Může však nastat opačný problém, kdy se starší pacient o informace zajímá. Zde pak snadno může dojít k podceňování jeho rozumové schopnosti ze strany zdravotnických pracovníků. (Haškovcová, 2012, s. 8)

Pokud je podávání informací přizpůsobené onemocnění pacienta, momentálnímu stavu a plánu péče, může být velmi efektivní i u pacientů starších. To bylo např. i výsledkem studie Cooka et al. z roku 2013, která zkoumala na 149 kardiochirurgických pacientech ve věku nad 50 let, zda je vyšší věk limitací pro využití moderní technologie v informování a edukaci pacientů, pokud je individualizovaná a svým obsahem srozumitelná. Autoři zjistili, že nejsou významné překážky pro poskytování informací pacientům i vyššího věku (průměrný věk pacientů zkoumaného vzorku byl 68 let) a to ani při použití modernějších metod jako jsou tablety. (Cook et al., 2014, s. 312)

4. Empirická část

V této kapitole popisuji praktickou část diplomové práce. V úvodu uvádím cíle a formuluji výzkumné otázky. Dále uvádím použité metody a v následující části předkládám výsledky těchto šetření. Zjištěné výsledky jsou pak podrobněji srovnávány a diskutovány v samostatné kapitole č. 5.

4.1. Cíle a výzkumné otázky

Pro splnění záměrů této diplomové práce jsem si stanovila hlavní cíl zhodnotit informovanost pacientů, kteří podstoupili plánovanou kardiochirurgickou operaci, dále zmapovat problematické oblasti a navrhnout jejich řešení.

Zvolila jsem následující dílčí výzkumné cíle a otázky:

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, které informace pacientům chyběly.

Výzkumná otázka č. 1: Byly informace dostačující, měli pacienti nějaký deficit informací při příjmu či během hospitalizace?

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jak hodnotí pacienti informovanost během jejich současné hospitalizace.

Výzkumná otázka č. 1: Jakou uvádějí samotní pacienti spokojenost s mírou jejich informovanosti?

Výzkumná otázka č. 2: Jak srovnávají podávání informací s předešlými hospitalizacemi?

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda má informovanost pacienta vliv na jeho spolupráci se zdravotníky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaký postoj má pacient k informacím o zdraví?

Výzkumná otázka č. 2: Pomáhaly mu zjištěné informace k lepší spolupráci se zdravotníky?

Dílčí cíl č. 4: Zjistit faktory, které ovlivňují informovanost pacienta.

Výzkumná otázka: Co ovlivňuje informovanost pacienta?

Dílčí cíl č. 5: Zjistit, zda existují skupiny pacientů vyžadující specifický přístup při poskytování informací.

Výzkumná otázka: Byly identifikovány skupiny pacientů, které potřebují jiný přístup zdravotníků při podávání informací?

4.2. Metodika výzkumného šetření

Výzkumné šetření jsem provedla smíšenou metodou kvalitativně-quantitativní. Pro kvalitativní část jsem vybrala formu polostrukturovaného rozhovoru. Ke kvantitativnímu šetření jsem použila dotazník. Kombinaci těchto metod jsem zvolila po konzultaci s vedoucí práce. Důvodem byly zejména obavy o dostatečné množství vybraných dotazníků v plánovaném časovém období a také jsme chtěly vytěžit maximum z obou typů výzkumu a mít tak možnost problematiku zkoumat více do hloubky.

4.2.1. Etické aspekty

Pro uskutečnění šetření jsem předložila požadované dokumenty Etické komisi zdravotnického zařízení, které mi umožnilo realizaci sběru dat. Formulář žádosti o stanovisko etické komise k výzkumnému projektu přikládám v příloze č. 1. Kladné vyjádření Etické komise mohu předložit na vyžádání. Dále jsem oslovila náměstkyni pro ošetrovatelskou péči zdravotnického zařízení a vedoucí pracovníky daného oddělení a poskytla jim informace o plánovaném šetření.

Pacienti, se kterými jsem vedla rozhovor pro kvalitativní část výzkumu, podepsali informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření. Ten je přiložen v příloze č. 2. V části kvantitativní byli v úvodu pacienti osloveni s odůvodněním výzkumného šetření a udělením souhlasu se zpracováním dat pro potřeby diplomové práce. Tyto informace a další charakteristiky výzkumného šetření byly popsány písemně také v úvodu dotazníků.

Při rozhovorech ani v dotaznících nebyla zaznamenána jména pacientů ani jiná data, která by ohrozila jejich anonymitu a důvěrnost poskytnutých informací.

4.2.2. Kritéria pro zařazení účastníků výzkumu

Do zkoumaného souboru byli zařazeni pacienti po elektivních kardiologických výkonech, kteří byli přeloženi na intermediární či standardní oddělení. Dalším kritériem byl věk nad 18 let a ochota a schopnost spolupracovat na výzkumném šetření. Vyhledávání pacientů pro kvalitativní část šetření probíhalo dále užším účelovým výběrem. Vybírala jsem dle pohlaví, diagnózy a věku tak, aby byl výběr co nejlépe reprezentativnímu vzorku. Vzhledem k stálému trendu převahy mužů nad ženami, kteří podstupují kardiologický výkon, jsem vybrala odpovídající poměr muži a ženy 2:1. Pacienti byli po výkonech: ACB, výkon na srdeční chlopi a kombinovaný výkon. Věkové složení účastníků výzkumu bylo v průměru 58 let. Při výběru jsem vycházela ze statistických dat Národního kardiologického registru, která zveřejňuje ÚZIS⁴.

4.2.3. Organizace šetření

Výzkumné šetření probíhalo na kardiologickém oddělení od 01/2017 do 7/2017. Nejprve jsem provedla kvalitativní výzkum polostrukturovaným rozhovorem. Samotným rozhovorům, určeným ke zpracování, předcházel jeden pilotní rozhovor. Ten umožnil identifikovat nedostatky v navrženém schématu a upravit jej, a také získat větší jistotu a profesionalitu pro výzkumné šetření. Následně jsem vedla rozhovory se třemi pacienty. Na rozhovory jsem byla s pacienty předem domluvená, vyhradili jsme společně místo a čas. Doba trvání jednotlivých rozhovorů byla 30–40 minut. Na základě informací zjištěných kvalitativním výzkumem jsem upravila dotazník pro kvantitativní část šetření. V rámci pilotní studie byl dotazník předložen pěti pacientům. Problematické otázky jsem přeformulovala, doplnila, či odstranila. Výsledkem bylo 30 otázek, které se staly finálním počtem pro daný výzkum. Dotazníky jsem odevzdala staniční sestře standardního a intermediárního kardiologického oddělení společně s boxem a s obálkami

⁴ Statistická data z roku 2012 Národního kardiologického registru, která zveřejnil ÚZIS v roce 2014, uvádí 70 % mužů oproti 30 % operovaných žen, průměrný věk operovaných byl 65,2 let. Nejčastější typy operací jsou uvedené v tabulce č. 1.

a seznámila jsem ji s kritérii zařazení respondentů do šetření a s pravidly sběru dat. Dotazníky pak pacientům zčásti distribuovala oslovená staniční sestra a zčásti jsem za pacienty docházela osobně. Celkový počet byl 120 pacientů. S účastí na výzkumném šetření souhlasilo 57 pacientů. Z důvodu neúplného vyplnění bylo vyřazeno 5 dotazníků. Konečný počet, který byl využit ke zpracování, byl 52 dotazníků.

4.2.4. Struktura rozhovoru a dotazníku

Pro rozhovor jsem vytvořila schéma základních témat, která jsem chtěla s pacienty prodiskutovat. Pořadí daných témat nebylo závazné a vycházelo z průběhu rozhovoru. Pacienti byli dotazováni na období předoperační a zejména na časnou pooperační péči. Některé otázky pak shrnovaly celé období hospitalizace. V příloze č. 3 diplomové práce výchozí schéma přikládám.

Pro kvantitativní část výzkumu jsem použila dotazník vlastní konstrukce, jehož položky jsem se snažila sestavit tak, aby byly jednoduché, srozumitelné. Nejprve byly kladeny otázky sociodemografické, zjišťující pohlaví, věk a vzdělání. Následující otázky byly zaměřené na četnost opakování hospitalizace pacientů, na důvody hospitalizace a otázky na informovanost před vlastní operací. Část otázek dále byla cílena na pooperační období, komunikaci zdravotnických pracovníků a v závěru na zhodnocení celého období hospitalizace pacienty. Typ otázek v dotazníku jsem kombinovala. Využila jsem otázky uzavřené, otevřené i otázky škálové. V příloze č. 4 diplomové práce přikládám kompletní znění dotazníku.

4.2.5. Zpracování dat

Analýza dat kvalitativní části šetření probíhala v několika fázích. Rozhovory jsem se svolením pacientů nahrála na hlasový záznamník. Poté jsem provedla doslovnou transkripci rozhovorů, vytvořila jsem kódování dat a následně kategorie a subkategorie. Statistické hodnocení dat získaných kvantitativním šetřením jsem zpracovala za použití absolutní (n) a relativní četnosti (uvedenou v procentech), eventuálně s vyjádřením aritmetického průměru. Výsledky jsem zaokrouhlila na jedno desetinné místo. V některých případech jsem pro lepší znázornění použila tabulky a grafy. Na základě zjištěných informací jsem provedla sekundární analýzu dat k vyvození dalších souvislostí. Výsledky jsem zpracovala v počítačovém programu Microsoft Office Excel (2010) a Microsoft Office Word (2010).

4.3. Výsledky kvalitativního šetření

Pro kvalitativní část šetření jsem použila polostrukturované rozhovory, které vycházely z předem připraveného schématu. Toto schéma sestávalo z úvodní části, jejíž součástí byly sociodemografické otázky. Další okruh otázek byl směřovaný k období před hospitalizací a k příjmu pacienta, zejména se zaměřením na získané informace, na komunikaci se zdravotníky a na pocity a obavy, které mohly provázet tuto fázi přípravy k operaci. Následující okruh otázek se věnoval období pooperačnímu. Pacienty jsem vyzvala k popisu situací, které si z tohoto období vybavovali, co pro ně bylo nepříjemné či naopak příjemné. Zda pro ně podávané informace byly srozumitelné. Poslední část zahrnovala období pobytu na standardním či intermediárním oddělení. Zde byl prostor věnován shrnutí a zhodnocení pobytu v nemocnici z hlediska informací, spolupráce a komunikace se zdravotníky. V závěru jsem ponechala pacientům prostor pro jejich vlastní vyjádření, otázky či doplňující informace.

Definitivní rozhovory nahrané na audiozáznam jsem doslovně přepsala, včetně přepisu neverbálního projevu jako je přitakání kývnutím, smích, pokrčení ramen apod. V dalším kroku jsem se snažila o redukci dat tak, aby kontext informace zůstal zachován. Pro analýzu získaných dat jsem použila metodu kódování. Miovský (2006, s. 219–220) definuje kódování jako: „přirázování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoliv snadno pracovat s většími významovými celky“. Jedná se tedy o proces identifikace a systematického přiřazování významů podle stanovených kritérií. (Miovský, 2006, s. 220) Následně jsem vytvářela kategorie a subkategorie.

Pacienti jsou pro potřeby kvalitativního výzkumu dále označeni termínem *informant*. Jeden z pacientů si nepřál uvést přesný věk, domluvila jsem se s ním na zařazení do věkové kategorie. Proto i ostatní pacienty takto uvádím. Doplnující otázky, které jsem kladla pro upřesnění informací, jsou označené termínem *tazatel*.

Charakteristika informantů

Informant 1 je pacientka po kombinovaném kardiochirurgickém výkonu na aortální chlopni a ascendentní aortě, věkové zařazení do kategorie nad 70 let, středoškolské vzdělání.

Informant 2 je pacient po operaci aorto-koronární bypass, věkové zařazení 60–69 let, vyučen.

Informant 3 je pacient po chlopenní náhradě, věková kategorie 40–59 let, středoškolské vzdělání.

4.3.1. Kategorizace výsledků

Na základě zpracování dat z kvalitativního šetření jsem vypracovala následující kategorie a subkategorie:

1. Informace před hospitalizací
 - 1a) Zdroje informací
 - 1b) Deficitní informace
2. Informace během hospitalizace před operačním výkonem
 - 2a) Informace před operací
 - 2b) Předoperační příprava
 - 2c) Deficitní informace
3. Pooperační období – jednotka intenzivní péče
 - 3a) Zkušenosti
 - 3b) Bolest
 - 3c) Informace, deficitní informace
4. Srozumitelnost informací
5. Komunikace
6. Spolupráce

Kategorie 1 Informace před hospitalizací

Tato kategorie je zaměřená na informace získané před hospitalizací. Zahrnuje vyjádření informantů o zdrojích informací, které se týkali jejich zdravotního stavu, plánované operace před hospitalizací, dále o deficitních informacích.

Subkategorie 1a) Zdroje informací

Informanti byli nejdříve dotazováni, kdo jim poskytl první informace o nutnosti operačního výkonu a dále jaké další zdroje informací o plánované hospitalizaci v tomto období využili.

Informant 1: „*Mojí doktorce, když jsem byla na dvouletý prohlídce, se nezdál šelest a poslala mě na echo a pak do nemocnice na další vyšetření. Tam už mi řekl doktor, že by bylo dobrý tu chlopeč i aortu vyměnit.*“

„*Pak jsem měla materiály z nemocnice, co mi poslali. Dostala jsem vypsany všechno, co mi budou dělat. I doktoři pak přišli za mnou. Takže obeznámená jsem byla se vším.*“

„*U nás v paneláku už byly asi čtyři po operaci toho srdíčka, i když ne stejný jako já. Jeden pán, soused na patře, tomu brali žíly z nohy a dávali mu to sem (ukazuje na hrudník). A oni mu nabídli lázně a mně se v tu chvíli nechtělo. Říkala jsem si, co já tam budu dělat. Dcera říkala, nebuď hloupá, je to rehabilitace. Tak jsem mluvila s tou ženou toho souseda a ona to taky říkala.*“

Informant 2: „*To mi zjistili na katetrizaci, že to musím podstoupit, tak mě předali sem. Napřed jsem byl na plicním a tam něco zjistili, protože pak mi dělali zároveň s bypasseem i biopsii. Abych nemusel dvakrát na operaci. Takže jsem dostal pak ty informace najednou. Můj plicar to obtelefonovával a zjišťoval.*“

Tazatel: Zjišťoval jste si informace o operaci nebo hospitalizaci ještě někde jinde?

„*U nás takovou operaci nikdo neměl, tak ani ne. Tak jenom, co mi řekl ten můj doktor.*“

Tazatel: Dostal jste nějaké informace v podobě letáčků, brožur apod. před nástupem do nemocnice?

„*To ani né. Až tady na chodbě.*“ (pozn. na standardním oddělení kliniky)

Informant 3: „*Já jsem chodil ke kardiologovi už předtím, tak ten mě poslal na další vyšetření a pak jsem už byl objednaný sem. Informace jsem nějaké měl od doktora a něco jsem si přečetl, hledal jsem na internetu i jiných nemocnic, kde bylo víc informací. Hlavně jsem se snažil zjistit něco o těch chlopních. A taky jak asi to tady bude vypadat.*“

„*Ještě jsem měl nějaký letáky. To už jsem měl doma. To mi poslali z nemocnice.*“

Subkategorie 1b) Deficitní informace

V této subkategorii jsem se zabývala pocity informantů týkající se nedostatku informací, které měli před nástupem k hospitalizaci.

Informant 1: „*Dostala jsem všechno. Vypsany a všechno, co mi budou dělat. Obeznámená jsem byla se vším. Jen poslali nejdřív ty materiály na špatnou adresu, tak jim to poslali zpátky a ona*

(pozn. sestra z ambulance) mi pak volala a pak mi to poslali. Taky jsem se jí ptala, jak dlouho tady budu.“

Informant 2: *„Ani mi nic nechybělo. Všechno mi řekli.“*

Informant 3: *„Tak asi mi chyběly informace o té operaci. Co je pro mě nejlepší. A jak to tady funguje. Ale říkal jsem si, že se ty věci snad dozvím pak tady. Báł jsem se, ale chápal jsem, že tu operaci potřebuju.“*

Kategorie 2 Informace během hospitalizace před operačním výkonem

Tato kategorie se zabývá informacemi, které informanti získali během hospitalizace, ale ještě před vlastním operačním výkonem.

Subkategorie 2a) Zdroje informací

Informant 1: *„Přijely jsme s dcerou na ambulanci. To jsme nečekaly dlouho. Pak mi dělali výtěr z nosu. Musela jsem pak čekat na výsledky, protože to přehlídli. Mohla jsem to mít dřív za sebou. Doktorce jsem dala všechna vyšetření a ona to ještě prohlídla.“*

„Pak primář, nebo kdo, ten mi všechno před operací vysvětlil. Upozornil mě, že to uspání bude dlouhý, třeba i šest hodin.“

„Když jsem nastoupila, tak anesteziolog mi dal všechno přesně, jak se to dělá.“

Tazatel: Informovaný souhlas?

„Jojo, to jsem četla, opravdu poctivě. My jsme tam byly ještě s jednou paní a ta říkala:, Já to nečtu, já to znám', ale já jsem to četla. Akorát mě překvapilo, že rána 25-30cm, tak to jsem si měřila!“

Informant 2: *„Přišel jsem sem na ambulanci, tam mě sestřičky zapsaly do příjmu a odvedly mě na pokoj. Byl jsem takovej nejistej. Ale ony mi podaly, co se bude dít.“*

„Na chodbě byly brožury o operaci srdce. Ten den, jak jsem nastoupil, jsem si je vzal. Procházel jsem se a pročítal jsem to. Co to je ty bajpasy, síně, když se dělají. Tam to všechno je. Ale ty brožury jsou několik let starý. Některý věci už neplatí, třeba ty poplatky.“

Informant 3: *„U toho příjmu to bylo dobrý. Ani jsem moc nečekal. Pak mě odvedli na oddělení a sestry mi řekly, jak to tam chodí. Dozvěděl jsem se taky, kdy půjdu na řadu, ale že to není jistý. Toho jsem se báł, že budu čekat na operaci dlouho.“*

„Na oddělení jsem si vzal knížku o operaci. Pak jsem byl na pokoji s pánem, který už byl po operaci, tak jsme se o tom bavili. Měl nějaké komplikace, musel znovu na operaci, tak mě moc nepotěšil.“

Subkategorie 2b) Předoperační příprava

V této subkategorii se zaměřuji na informace o použití speciálních dezinfekčních mýdel, která jsou doporučována použít v domácí přípravě i v krátkodobé předoperační přípravě v den před operací a ráno před vlastním výkonem.

Informant 1: „*To si už nepamatuju, že by mi něco doporučovali. Ale v nemocnici mi něco dávali, abych se s tím umyla. Tak to jsem použila.*“

Informant 2: „*No to jsem měl nějaký informace, že si to mám pořídit, ale domů jsem si to nekoupil. Až tady v nemocnici. To jsem si říkal, že to bude stačit.*“

Informant 3: „*To jsem věděl, kvůli infekci. Použil jsem ho před operací. Sestřičky se mě na to i ptaly. Ale domů jsem si to nekoupil, to mi přišlo drahý a zbytečný.*“

Tazatel: A co myslíte tím, že Vám to přišlo zbytečný?

„*No, že myslím, že to stačí, když se použije až před tou operací. To jsem se pak pořádně vydrbal.*“
(smích)

Subkategorie 2b) Deficit informací

Informant 1: „*I když jsem o tý nemoci nic nevěděla, nikdy mě nenapadlo, že budu mít něco se srdcem, tak tady jsem se všechno dozvěděla. Ale měla jsem strach už i doma, že se něco stane, že to srdce odejde.*“

„*Mrzelo mě, že jsem musela dva dny čekat kvůli těm výtěrům. S tím jsem nepočítala. A přitom jsem už předtím čekala kvůli termínu, protože jsem nechtěla jít na Vánoce, tak už toho čekání bylo hodně.*“

Informant 2: „*Nechyběly mi žádné informace, co jsem potřeboval, jsem se zeptal sestřiček.*“

Informant 3: „*Nějaké informace jsem pak dostal tady, i když se mi stalo, že mi každý doktor doporučoval něco jinýho. Z toho jsem byl nervózní. Ale jinak jsem asi všechny informace měl. Možná o těch komplikacích, že bych byl klidnější, kdybych tomu víc rozuměl, jak tam byl ten kolega. Ale nejsem si jistej. Taky něco jsem věděl od doktora a i z těch papírů, co jsem podepisoval.*“

„*Možná víc informací na internetu, aby si to tady člověk dokázal líp představit.*“

Kategorie 3 Pooperační období – jednotka intenzivní péče

V této kategorii jsou zkušenosti od informantů z časného pooperačního období, co bylo pro ně překvapivé, nepříjemné, ale i příjemné. Jakou zkušenost měli s bolestí. Dále se tato kategorie zabývá informacemi a případně jejich deficitem.

Subkategorie 3a) Zkušenosti

Informant 1: „*První, co jsem slyšela, bylo: ‚Už jste po operaci!‘ A pak jsem cítila, že se mi chce zvracet. A pak jsem zase zaspala. To bylo divný, to dávení... Když jsem se pak probudila, to už byla taková klasika. Ale měla jsem žízeň, hroznou.*“

Informant 2: „*Když jsem se probudil, viděl jsem anděla! (smích) Hezkou sestřičku. Jsem si říkal, že už jsem v nebi!*“

„*Byl jsem ospalej, mluvili na mě, tak jsem se snažil, ale pak jsem zase usnul.*“

„Ty první hodiny si moc nepamatuju, jenom ten šlahoun v krku. Tam mi dávali antibiotika a odebírali krev.“

Informant 3: *„Moc jsem nevěděl, kde jsem. Ta špatná orientace ještě nějakou dobu trvala. Vždycky jsem se lekl, když jsem se probudil. Co se se mnou děje. Možná jsem i trochu jančil, podle toho, co mi pak říkaly sestry. Taky si pamatuju, že jsem měl pocit, že se dusím.“*

„Taky si vybavuju, že jsem měl žízeň a že jsem nemohl pít. Říkali mi, že musím počkat.“

„Nebylo mi dobře. Rušil mě hluk a nepříjemný světlo na jipce.“

Subkategorie 3b) Bolest

Informant 1: *„Divila jsem se, že mě nebolelo v krku. Oni tam dávají takový hadice.“*

„Byla jsem ráda, že jsem to přežila a že mě nic nebolí. Mě opravdu nic nebolelo!“

Informant 2: *„Všechno se dalo vydržet. Při tom kašlání, protože mi dělali ještě i ty plíce, tak přitom kašlání to bolí. Předtím jsem dostával nějaký léky proti bolesti. Ted' už je to normální. Bolí to, ale dá se to vydržet.“*

Informant 3: *„Bolest jsem měl, ale vždycky mi něco dali. Taky jsem nevěděl, jak si lehnout, bolely mě i záda. Ale po těch lécích se mi celkově vždycky ulevilo. Vždycky jsem si o ně řekl. A ze začátku si na bolest vlastně ani nepamatuju.“*

Subkategorie 3c) Informace, deficitní informace

Informant 1: *„To dávení, to bylo divný. Jinak ale jsem se vším počítala. Dost informací jsem si sehnala předem. Co jsem čekala, to se víceméně i pak stalo. Akorát dodneška nechci vidět tu ránu! Ikdýž sestřička říkala, že se to hojí dobře.“*

„Výsledky jsem měla pěkný.“

Informant 2: *„Nepočítal jsem s rychlostí rehabilitace. Ale chápal jsem, že je to dobrý pro mě. Že se musím dát zase trošku do pořádku.“*

„Když byla vizita, tak jsem se ptal doktora nebo pak sestřiček.“

Informant 3: *„Byl jsem tam dýl, než jsem čekal. Taky jsem neměl mobil a to mi hodně vadilo, že nemám kontakt s rodinou.“*

Kategorie 4 Komunikace zdravotníků

Do této kategorie jsem vybírala informace, které se vztahovaly ke komunikaci mezi zdravotníky a informanty během hospitalizace.

Informant 1: *„Sestřičky byly moc hodný, pečlivý. Ani se mi odtamtud nechtělo. Byla jsem spokojená, i doktoři hodně chodili každou chvíli na vizitu. Na tý jipce to bylo lepší a lepší každý den. Měla jsem soukromí a všichni byli moc ochotní.“*

Informant 2: *„Co se mnou mluvil lékař i sestřičky, tak jsem se pak uklidnil.“*

Tazatel: Předtím jste klidný nebyl?

„Když mě odváželi na sál, lékař mi říkal, co se se mnou bude dít. Ty obavy mě opustily. Nebál jsem se, že by nastaly komplikace.“

„Sestřičky jsou tady moc ochotný. Na jednu stranu se člověk těší domů, na druhou stranu, proč by člověk utíkal od takových sestřiček!“ (smích)

„Přístup sestřiček i lékařů hodnotím kladně. Byla to moje první zkušenost a člověk je rád, že to dopadlo dobře, tak je vlastně nakonec se vším spokojenej.“

Informant 3: *„U některých doktorů se mi nelíbilo, že se ty informace rozcházely. A že když jsem se ptal znovu, abych si to vyjasnil, moc je nebavilo, mi to zase vysvětlovat, chtěli podepsat a moc neřešit.“*

Tazatel: Myslíte souhlas s operací?

„Ano, ten souhlas.“

„Až na ten začátek jsem byl spokojenej, všichni se snažili, pomáhali, když jsem něco potřeboval.“

„Jednou jsem dostal vynadáno od sestry, protože jsem informoval nejdřív lékaře (pozn. týká se pooperační bolesti). Já ale nevěděl, kdo to byl. Všichni vypadali podobně a navíc nosím brýle, a ty jsem neměl, tak jsem i hůř viděl. Prostě jsem jen reagoval na otázku a nevěděl, kdo se ptá.“

Kategorie 5 Srozumitelnost informací

Tato kategorie obsahuje vyjádření informantů, která se vztahovala ke srozumitelnosti podávaných informací.

Informant 1: *„Tak normálně...co je chlopeč, aorta, to jsem věděla, to bylo pro mě to hlavní.“*

Informant 2: *„Já jsem normálně vyučenej. Takže stejně ty lékařský termíny mi zůstávají utajeny. Ale v tý brožurě to bylo, myslím, celkem srozumitelný.“*

Informant 3: *„Ne všemu jsem asi rozuměl, ale už nějakou zkušenost mám, tak jsem si to dal dohromady. Před operací jsem byl ale nervózní, aby to všechno dobře dopadlo.“*

„Když jsem něčemu nerozuměl, zeptal jsem se sestřiček. Když mi řekly, že se musím zeptat doktora, tak jsem pak přemýšlel, jestli to spíš nenechám.“ (smích)

Kategorie 6 Spolupráce se zdravotníky

Kategorie je zaměřená na informace související se spoluprací informantů se zdravotnickými pracovníky.

Informant 1: *„Tam už mi řekl doktor, že by bylo dobrý tu chlopeč i aortu vyměnit a já zase v takových věcech souhlasím. Když už bych o tom věděla, to bych čekala, kdy to se mnou sekne.“*

Informant 2: *„Nepočítal jsem s rychlostí rehabilitace. Ale chápal jsem, že je to dobrý pro mě. Že se musím dát zase trošku do pořádku.“*

„Sestřičky mi vysvětlily, jak to bude, tak jsme chodili, cvičili jsme různé cviky, pak už jsem chodil sám.“

„Nemám ani chuť na cigaretu!“

Tazatel: A jak to vidíte dál s tím kouřením? Víte, že byste neměl...

„To jo, to mi říkali. Už jsem to zkoušel, když jsem byl na katetrizaci. Ale to byla krátká doba v nemocnici. Vím, že nemám kouřit a jsem doufal, že přestanu. Jenže doma všichni kouří. Ale odtud jedu do lázní, tak doufám, že přestanu!“

Informant 3: *„Co se týká rehabilitace, to jsem byl unavený. Ještě bych nějakou dobu radši ležel. Moc se mi nechtělo. Ale ty rehabilitační mi vysvětlily, proč to tak musí být. Tak jsem se snažil.“*

Tazatel: Překvapilo Vás, jak brzy po operaci jste musel vstávat, cvičit..?

„Trochu jo, ale zase jsem si říkal, že budu dřív doma.“

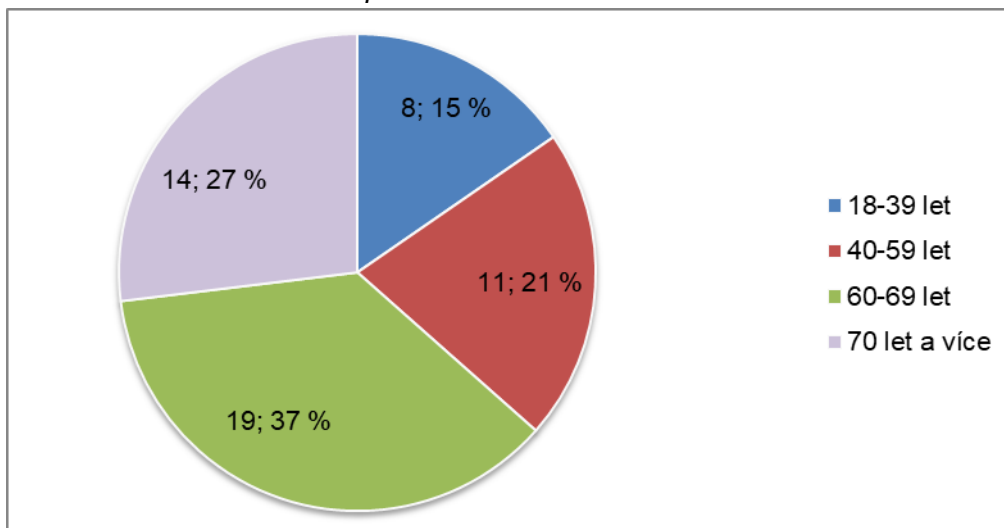
4.4. Výsledky kvantitativního šetření

V této části budou představeny výsledky dotazníkového šetření, které jsem interpretovala pomocí popisné statistiky. Pokud neuvádím jinak, byl celkový počet respondentů (n) 52, což představovalo 100 % respondentů. Výsledky sekundární analýzy dat jsem popisovala pouze v případech, kde jsem zaznamenala velký rozdíl, nebo jiný zajímavý poznatek, který souvisel s danou otázkou. Znění některých otázek je pro zjednodušení zredukováno (kompletní dotazník je uveden v příloze č. 4).

Úvodem byly zodpovězeny sociodemografické otázky, zaměřené na zjištění pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Z celkového počtu respondentů bylo zastoupení žen v počtu 16 (30,8 %) a mužů 36 (69,2 %).

V následujícím grafu je zobrazeno procentuální rozdělení respondentů dle věku. První číslo ve výšeči znázorňuje počet respondentů, druhé číslo relativní četnost v procentech. Zjištěný průměrný věk respondentů byl 59,9 let. Nejmladší respondent měl 23 let a nejstarší 78 let. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti starší 60 let, bylo jich 33 (63,5 %). Z toho respondentů nad 70 let bylo 14 (26,9 % z celkového počtu).

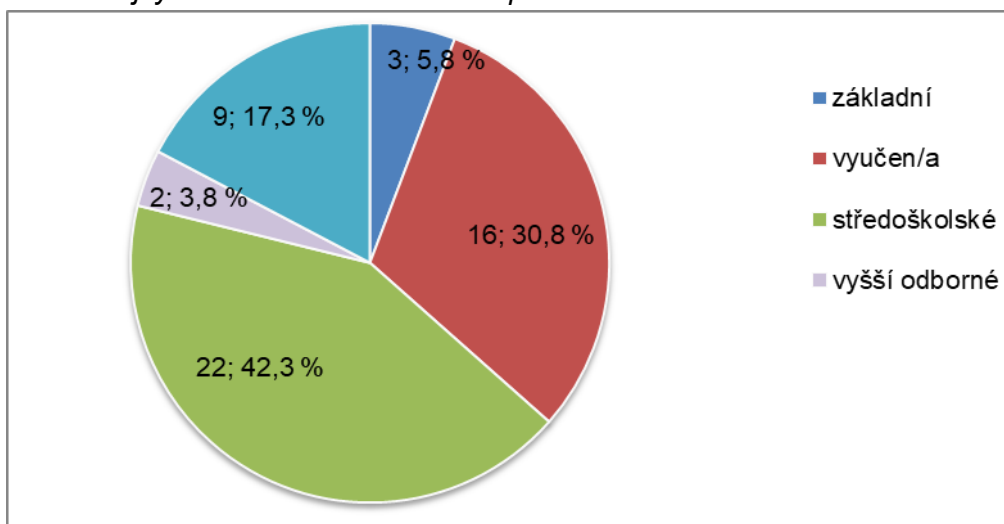
Graf 1 Věková struktura respondentů



Zdroj: autor

Následoval dotaz na nejvyšší dosažené vzdělání. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti se středoškolským vzděláním, jejich počet byl 22 (42,3 %) a dále vyučení, jichž bylo 16 (30,8 %). Podrobné rozvrstvení respondentů ukazuje následující graf.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: autor

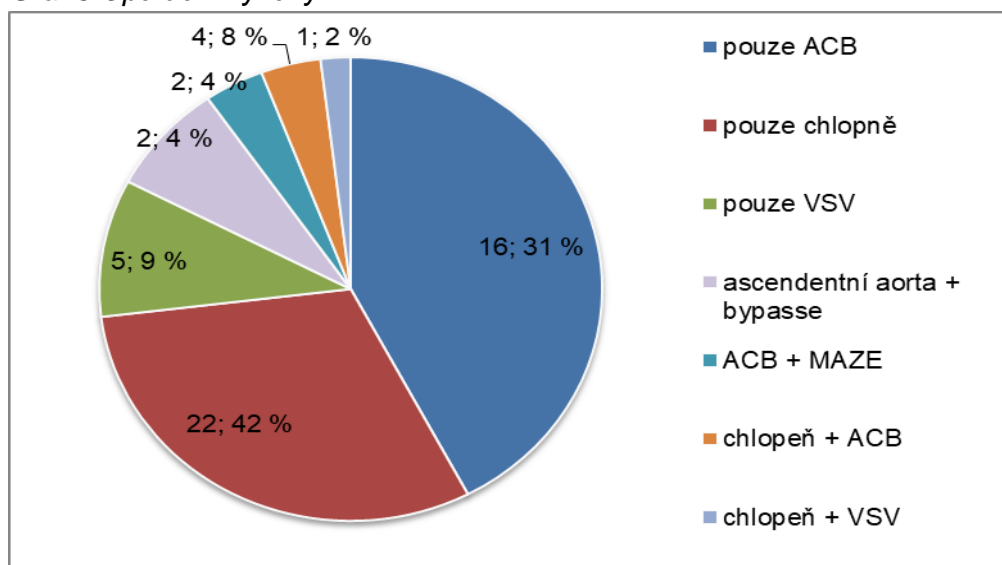
Otázka č. 1 Kolikrát jste absolvoval/a léčebný pobyt v nemocnici?

Respondenti vybírali z nabízených možností. Poprvé podstoupilo léčebný pobyt v nemocnici 8 respondentů (15,5 %), podruhé 15 respondentů (28,8 %) a více než dvakrát označilo odpověď 29 respondentů (55,8%). Pacienti, kteří absolvovali pobyt vícekrát, měli průměrný věk 68 let (rozptyl od 60 do 73 let). Pravděpodobnost, že hospitalizovaná žena absolvuje pobyt více než dvakrát, je 75 %. U mužů je tato pravděpodobnost pouze 28 %.

Otázka č. 2 Jaká je hlavní diagnóza nebo diagnózy, se kterými jste byl/a přijat/a k operaci?

V následujícím grafu uvádím pro zjednodušení operační výkony. Největší podíl činí respondenti, kteří podstoupili ACB pro porušené koronární prokrvení, celkem 22 respondentů (42,3 %), dále respondenti s onemocněním srdeční chlopně, celkem 16 (30,8 %), tedy operačním výkonem byla její náhrada nebo plastika. Ostatní vybraná onemocnění byla pod 10 % a jednalo se o vrozené srdeční vady (VSV) a kombinovaná onemocnění a jejich operační řešení.

Graf 3 Operační výkony



Zdroj: autor

Otázka č. 3 Jakou formou jste byl/a informován/a o Vaší operaci a související hospitalizaci před nástupem do nemocnice? Respondenti mohli označit více možností.

Respondenti byli nejčastěji informováni indikujícím lékařem, tuto formu jich vybralo 47 (90,4 %), dále získali informace na příjmové ambulanci nemocnice, tuto možnost z celkového počtu uvedlo 28 (53,8 %) respondentů. Pro přehlednost uvádím získaná data v tabulce. Otázka zahrnovala také otevřenou odpověď „JINAK“, ve které jeden respondent uvedl rodinu jako formu informování před operací, a v jednom případě získal respondent informace ze své zdravotnické profese.

Tabulka 2 Zdroj informací před operací

Forma informování	n	relat. četnost
indikující lékař	47	90,4 %
příjmová ambulance	28	53,8 %
informační materiály	6	11,5 %
internet	9	17,3 %
ostatní pacienti	11	21,2 %
jinak	2	3,8 %

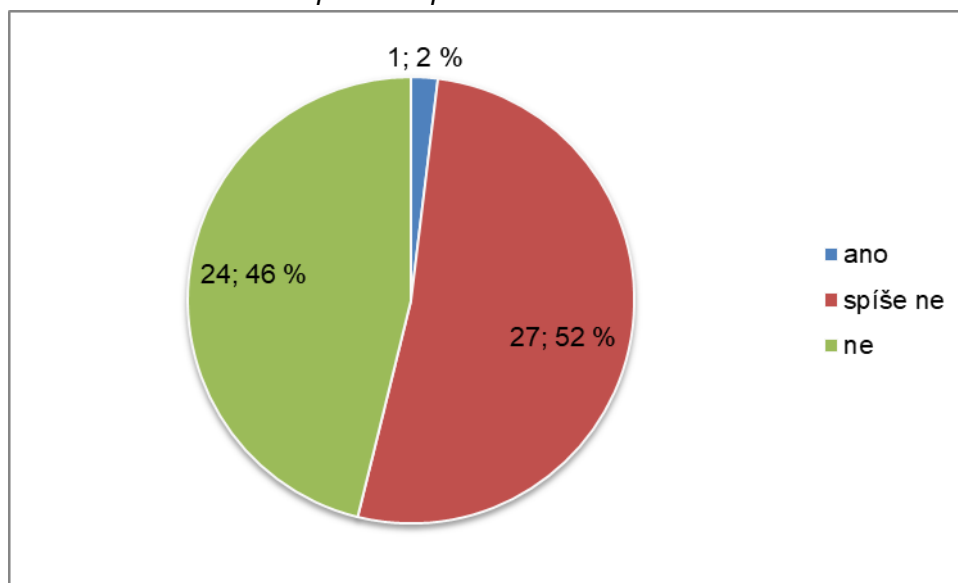
Zdroj: autor

Otázka č. 4 Chyběly Vám před nástupem do nemocnice nějaké informace?

Respondenti vybírali z nabízených možností. Odpověď „ANO“ zvolil 1 respondent (1,9 %) a do poznámky uvedl: „Chyběly mi informace o postupu operace a o omezení pohybu po operaci.“

Odpověď „SPÍŠE NE“ zvolilo 27 respondentů (51,9 %) a informace před operací nechyběly 24 respondentům (46,2 %).

Graf 4 Deficit informací před hospitalizací



Zdroj: autor

Otázka č. 5 Obdržel/a jste informaci o nutnosti speciální a důkladné hygienické péče před operací? Pokud respondenti odpovědi ano, vyplňovali i otázku č. 6. Pokud respondenti zvolili odpověď ne, pokračovali otázkou č. 7.

Respondenti vybrali odpověď „ANO“ ve 34 případech (65,4 %), odpověď „NE“ v 5 případech (9,6 %) a 13 respondentů (25 %) si nepamatovalo, zda tuto informaci obdrželo. Odpověď „NE“ uvedli pouze muži nad 60 let.

Otázka č. 6 Provedl/a jste hygienickou péči doporučeným postupem?

Tuto otázku zodpovídalo 34 respondentů (z celkového počtu 52), kteří kladně odpověděli na předchozí otázku. Z těchto respondentů odpověď „ANO“ vybralo 22 respondentů (64,7 %), „ČÁSTEČNĚ“ byla odpověď 11 respondentů (32,4 %) a 1 respondent doporučený postup nedodržel (2,9 %). Odpovědi „NE“ a „ČÁSTEČNĚ“ jsem podrobila sekundární analýze dat. Projevila se pouze souvislost s věkem, průměrný věk těchto respondentů byl mírně nadprůměrný (61,2 let).

Otázka č. 7 Předložení informovaného souhlasu

Respondenti se vyjadřovali, jak obecně přistupují k informovanému souhlasu. Vybírali z připravených možností. Nejvíce respondentů dle odpovědi informované souhlasy podrobně čte, tuto variantu zvolilo 19 respondentů (36,5 %), většinou čte 17 respondentů (32,7 %) a následuje 14 respondentů (26,9 %), kteří nečtou informovaný souhlas, protože jim postačuje ústní sdělení jeho obsahu zdravotníky. Pro přehlednost data uvádím v následující tabulce.

Tabulka 3 Informovaný souhlas

Při předložení informovaného souhlasu jste jej před podepsáním:	n	relativní četnost
podrobně četl/a	19	36,5 %
většinou četl/a	17	32,7 %
nečetl/a, stačilo mi ústní seznámení s jeho obsahem	14	26,9 %
nečetl/a, ani jiné seznámení s obsahem jsem nedostal/a	0	0,0 %
nečetl/a, ani o jiné seznámení s obsahem jsem neměl/a zájem	2	3,8 %
nečetl/a - jiný důvod	0	0,0 %

Zdroj: autor

V sekundární analýze dat byla zjištěna vyšší pravděpodobnost, že respondenti informovaný souhlas nečetli, u skupin s věkem do 39 a nad 70 let. Data uvádím v tabulce. Kategorii „nečetl/a a ani o jiné seznámení s obsahem jsem neměl/a zájem“ uvedli dva respondenti, oba muži nad 70 let.

Tabulka 4 Analýza k otázce č. 7: odpovědi „Nečetl/a, stačilo ústní seznámení s obsahem“ ve vztahu k věku

věk	n=17	skupinové rozložení četnosti
70 let a více	5	35,7 %
60–69 let	5	26,3 %
40–59 let	2	18,2 %
18–39 let	3	37,5 %

Zdroj: autor

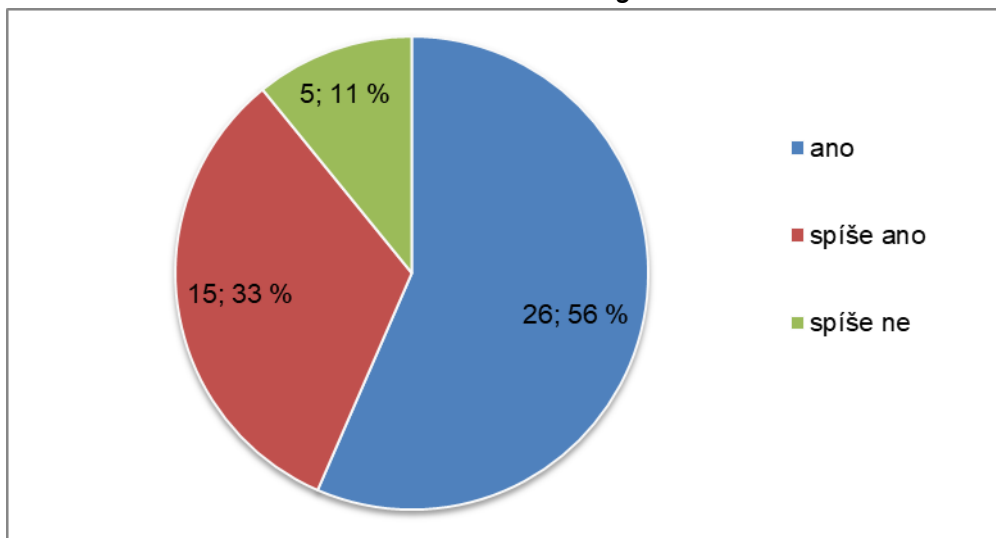
Otázka č. 8 Navštívil Vás před operací anesteziolog? Respondenti, kteří uvedli odpověď „ANO“, pokračovali k otázce č. 9, ostatní respondenti k otázce č. 10.

Respondenti vybírali z nabízených možností. Kladnou odpověď označilo 46 respondentů (88,5 %), na předoperační návštěvu anesteziologa si nepamatovalo 6 respondentů (11,5 %) a žádný respondent neoznačil odpověď „NE“.

Otázka č. 9 Byly pro Vás informace od anesteziologa srozumitelné?

Na tuto otázku odpovídalo 46 respondentů, kteří kladně odpověděli na předchozí dotaz. Odpověď „ANO“ vybralo 26 respondentů (56,5 %), odpověď „SPÍŠE ANO“ vybralo 15 respondentů (32,6 %), „SPÍŠE NE“ označilo 5 respondentů (10,9 %) a žádný respondent neoznačil odpověď „NE“.

Graf 5 Srozumitelnost informací od anesteziologa



Zdroj: autor

Otázka č. 10. Byly po operaci situace, na které jste nebyl/a připraven/a? Respondenty jsem požádala o případné konkretizování situací, na které se necítili připraveni.

Respondenti uváděli odpověď „ANO“ v počtu 19 (36,5 %) a odpověď „NE“ vybralo 33 (63,5%) respondentů. Téměř všichni respondenti (celkem 18), kteří odpověděli kladně, využili možnost tyto situace popsat. Odpovědi jsem zařadila do 13 kategorií. Někteří respondenti uváděli i více situací. Pro přehlednost zobrazuji data v následující tabulce.

Tabulka 5 Nečekané situace v pooperačním období

situace	n	relat. četnost
omezená hybnost, stres z připoutání	3	6 %
nelaskavý přístup zdravotníků	1	2 %
výrazná žízeň	3	6 %
bezbolestný pooperační průběh	1	2 %
nesnesitelné teplo	2	4 %
silná bolest	1	2 %
doba trvání rehabilitace	1	2 %
zdravotní komplikace	5	10 %
netolerance endotracheální kanyly	4	8 %
neschopnost řeči	2	4 %
rušné prostředí na JIP – ostré světlo, hluk	4	8 %
ztráta stability, slabost	1	2 %
zmatenost, halucinace	4	8 %

Zdroj: autor

Otázka č. 11 Myslíte si, že bolest je nedílnou součástí pooperačního období?

Respondenti opět měli několik možností, včetně otevřené odpovědi. Vybírali tvrzení, které se nejvíce blížilo jejich postoji k danému tématu. Převážná většina zvolila odpověď „ANO“, a to celkem 34 respondentů (65,4 %). Nejvíce respondentů, celkem 18 (30,8 %), zvolilo odpověď

„ANO, ale jen ve snesitelné míře“. V následující tabulce podávám celkový výčet vybraných možností. Odpovědi ano jsem následně podrobila sekundární analýze. Hledala jsem souvislosti ve vztahu k pohlaví, vzdělání a věku respondentů. Nejvýrazněji se projevila závislost ve vztahu ke vzdělání respondentů. Tuto závislost uvádím v tabulce č. 7.

Tabulka 6 Pooperační bolest

Myslíte si, že bolest je nedílnou součástí pooperačního období?	n	relat. četnost
ano, bez bolesti to nejde	15	28,8 %
ano, ale jen ve snesitelné míře	17	32,7 %
ne, vždy by se měla včas řešit	17	32,7 %
ne, mělo by to jít bez bolesti	3	5,8 %

Zdroj: autor

Tabulka 7 Analýza k otázce č. 11: Odpovědi „ano“ ve vztahu ke vzdělání

vzdělání	n=32	skupinové rozložení četnosti
základní	3	100,0 %
vyučen	11	68,8 %
středoškolské	13	59,1 %
vyšší odborné	1	50,0 %
vysokoškolské	4	44,3 %

Zdroj: autor

Otázka č. 12 Pokud jste měl/a bolest, informoval/a jste ošetřující personál?

Respondenti vybrali odpověď „ANO, VŽDY“ v 31 případech (59,6 %), možnost „VĚTŠINOU ANO“ vybralo 18 respondentů (34,6 %), možnost „VĚTŠINOU NE“ a „NIKDY“ nevybral žádný respondent a 3 respondenti (5,8 %) vybrali možnost „JINÉ“ a do poznámky napsali: „Ano, ale dost často mě odbyli“, „Ano, ale bylo to k ničemu“ a „Neměl jsem žádnou bolest“.

Otázka č. 13 Znal/a jste důvody brzké pooperační rehabilitace?

Nabízenou možnost „ANO“ označilo 35 respondentů (67,5 %), možnost „NEZNAL/A“ zvolili 4 respondenti (7,7 %) a odpověď „NEVÍM PŘESNĚ“ vybralo 13 respondentů (25 %). Podrobněji jsem se zaměřila na odpovědi „NEZNAL/A“ a „NEVÍM PŘESNĚ“. Nejvýraznější rozdíl jsem zaznamenala ve věkovém rozložení. Respondenti v této skupině byli nejčastěji starší 70 let nebo naopak mladší 39 let. Tuto závislost uvádím v následující tabulce i s procentuálním podílem respondentů dané věkové skupiny. První řádek tak udává kategorii respondentů ve věku 70 let a více. Z této skupiny odpovědělo 6 respondentů „NE“ či „NEVÍM PŘESNĚ“, což činí 43 % respondentů z celkového počtu respondentů nad 70 let.

Tabulka 8 Analýza k otázce č. 13: Odpověď „ne“ a „nevím přesně“ ve vztahu k věku

Věk	n=17	skupinové rozložení četnosti
70 let a více	6	42,9 %
60–69 let	5	26,3 %
40–59 let	3	27,3 %
18–39 let	3	37,5 %

Zdroj: autor

Otázka č. 14 Jak jste přistupoval k pooperační rehabilitaci?

Respondenti vybírali z tvrzení, které nejvíce odpovídalo jejich postoji k dané problematice. Nejvíce respondentů – celkem 31 (59,6 %) – vybralo možnost „snažil/a jsem se aktivně zapojit“. Pro přehlednost uvádím odpovědi v následující tabulce.

Tabulka 9 Přístup k pooperační rehabilitaci

Jak jste přistupoval/a k pooperační rehabilitaci?	n	relat. četnost
snažil/a jsem se aktivně zapojit	31	59,6 %
udělal/a jsem, k čemu jsem byl/a vyzván/a, ale sám/sama jsem necvičil/a	15	28,8 %
nechtělo se mi, snažil/a jsem se rehabilitaci vyhnout	6	11,5 %
jiná možnost	0	0,0 %

Zdroj: autor

V sekundární analýze dat se projevila souvislost mezi odpověďmi respondentů v otázce č. 13 a č. 14. Ti respondenti, kteří znali důvody pooperační rehabilitace, v následující otázce, jak k rehabilitaci přistupovali, odpověděli v 83 % „snažil/a jsem se aktivně zapojit“.

Tabulka 10 Analýza k otázkám č. 13 a č. 14: Odpovědi „ano, znal“ na otázku č. 13

Jak jste přistupoval k pooperační rehabilitaci?	n=35	relat. četnost
snažil/a jsem se aktivně zapojit	29	82,9 %
udělal/a jsem, k čemu jsem byl/a vyzván/a, ale sám/sama jsem ji neprováděl/a	6	17,1 %
nechtělo se mi, snažil/a jsem se rehabilitaci vyhnout	0	0 %
jiná možnost	0	0 %

Zdroj: autor

Otázka č. 15 Znal/a jste důvody dechové rehabilitace?

Odpověď „ANO“ vybralo 29 respondentů (55,8 %), možnost „NEZNAL/A“ označili 3 respondenti (5,8 %) a „NEVÍM PŘESNĚ“ zvolilo 20 respondentů (38,5 %). V sekundární analýze dat jsem následně hledala souvislost u respondentů, kteří neznali důvody dechové rehabilitace nebo odpověděli, že nevědí přesně. Celkově se tedy jednalo o 23 respondentů. Významněji takto odpovídali respondenti starší 60 let. Tuto závislost uvádím v následující tabulce i s procentuálním podílem respondentů dané věkové skupiny. U respondentů ve věku 60–69 let se jednalo o 42 % z celkového počtu v této kategorii, respondentů starších 70 let bylo 64 % z celkového počtu respondentů nad 70 let.

Tabulka 11 Analýza k otázce č. 15: Odpověď „ne“ a „nevím přesně“ ve vztahu k věku

Věk	n=23	skupinové rozložení četnosti
70 let a více	9	64,3 %
60–69 let	8	42,1 %
40–59 let	3	27,3 %
18–39 let	3	37,5 %

Zdroj: autor

Otázka č. 16 Jak jste přistupoval k dechové rehabilitaci?

Respondenti opět vybírali z tvrzení, které nejvíce odpovídalo jejich postoji k této problematice. Nejvíce respondentů – 30 (57,7 %) – označilo odpověď „udělal/a jsem, k čemu jsem byl/a vyzván/a, ale sám/sama jsem ji neprováděl/a“. Výsledky přehledněji zobrazuje následující tabulka.

Tabulka 12 Přístup k dechové rehabilitaci

Jak jste přistupoval k pooperační dechové rehabilitaci?	n	relat. četnost
snažil/a jsem se aktivně zapojit	20	38,5 %
udělal/a jsem, k čemu jsem byl/a vyzván/a, ale sám/sama jsem ji neprováděl/a	30	57,7 %
nechtělo se mi, snažil/a jsem se dechové rehabilitaci vyhnout	2	3,8 %
jiná možnost	0	0,0 %

Zdroj: autor

V sekundární analýze dat se projevila souvislost mezi odpověďmi respondentů v otázce č. 15 a č. 16. Ti respondenti, kteří znali důvody pooperační dechové rehabilitace, v následující otázce, jak k rehabilitaci přistupovali, odpověděli v 52 % „snažil/a jsem se aktivně zapojit“.

Tabulka 13 Analýza k otázkám č. 15 a č. 16: Odpovědi „ano, znal“ na otázku č. 15

Jak jste přistupoval k pooperační dechové rehabilitaci?	n=29	relat. četnost
snažil/a jsem se aktivně zapojit	15	51,7 %
udělal/a jsem, k čemu jsem byl/a vyzván/a, ale sám/sama jsem ji neprováděl/a	14	48,3 %
nechtělo se mi, snažil jsem se dechové rehabilitaci vyhnout	0	0 %
jiná možnost	0	0 %

Zdroj: autor

Otázka č. 17 Jak se shodovalo Vaše očekávání o průběhu pooperačního období s realitou?

Respondenti měli porovnat průběh pooperačního období s tím, co sami očekávali. Více než polovina respondentů označila odpověď, že očekávání se většinou shodovalo. Přehled odpovědí uvádím v následující tabulce.

Tabulka 14 Očekávání versus realita v pooperačním období

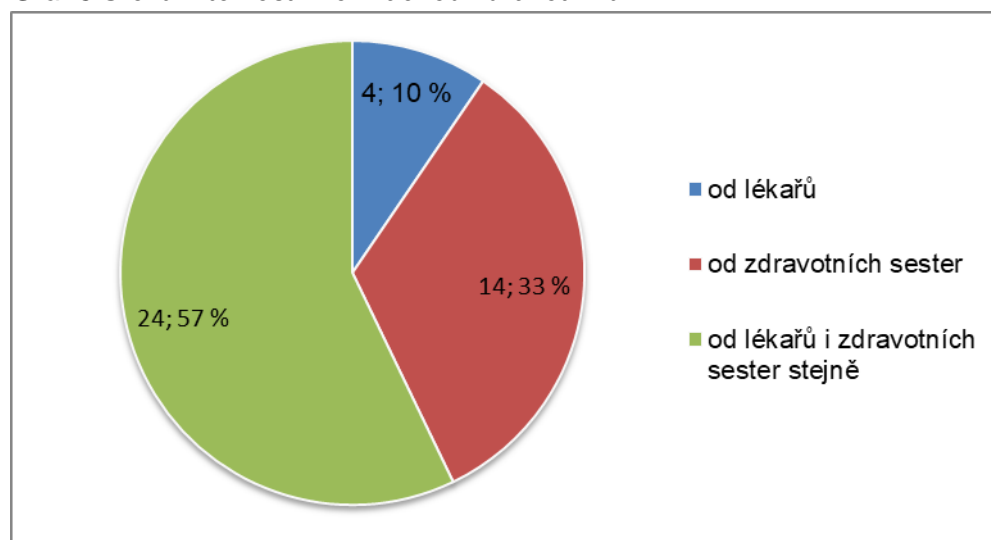
Jak se shodovalo Vaše očekávání s realitou?	n	relat. četnost
absolutně se shodovalo	7	13,5 %
většinou se shodovalo	27	51,9 %
většinou se neshodovalo	15	28,8 %
neshodovalo se	3	5,8 %
Jiné	0	0,0 %

Zdroj: autor

Otázka č. 18 Dostalo se Vám srozumitelnějších informací od lékařů nebo od zdravotních sester?

Respondenti odpověděli nejčastěji, že se jim dostávalo srozumitelných informací od lékařů i zdravotních sester stejnou měrou, tuto možnost vybralo 24 respondentů (46,2 %). Odpověď pouze od zdravotních sester označilo 14 respondentů (26,9 %) a 4 respondenti (7,7 %) zvolili variantu od lékařů. Odpovědi zobrazují v následujícím grafu.

Graf 6 Srozumitelnost informací od zdravotníků

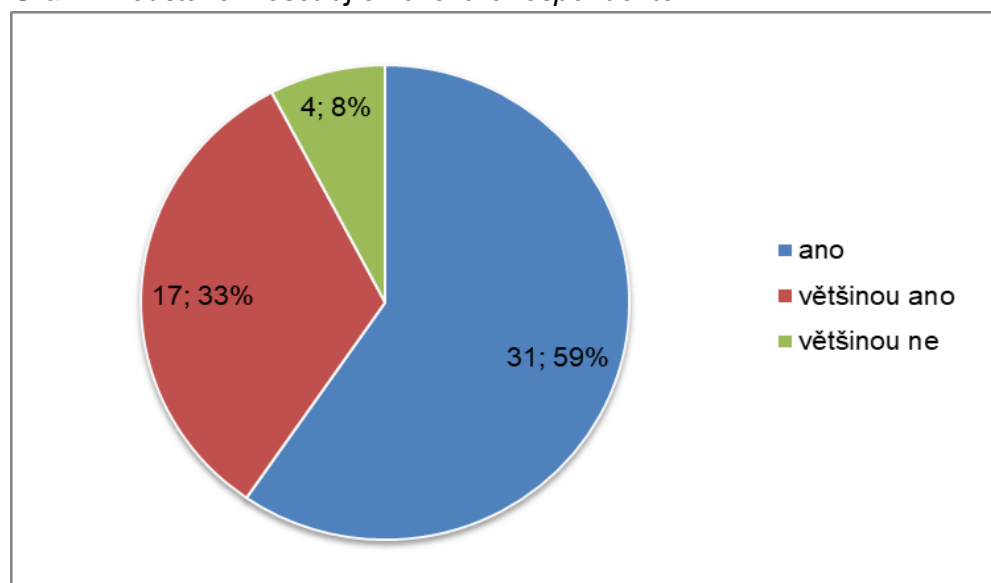


Zdroj: autor

Otázka č. 19 Představil se Vám jménem Váš ošetřující lékař?

V odpovědi se respondenti vyjádřili kladně v počtu 31 (59,6 %), možnost většinou ano zvolili v 17 případech (32,7 %) a 4 respondenti (7,7 %) odpověděli, že se jim lékař nepředstavil. Výsledky představují v následujícím grafu.

Graf 7 Představení ošetřujícího lékaře respondentovi

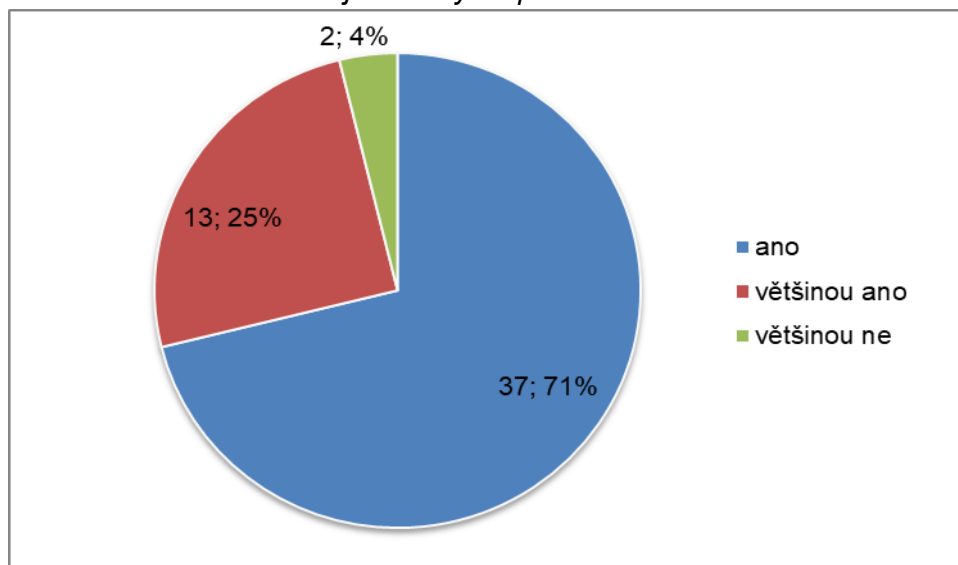


Zdroj: autor

Otázka č. 20 Představila se Vám zdravotní sestra, která o Vás pečovala?

Na tuto otázku odpovědělo kladně 37 respondentů (71,2 %), odpověď „VĚTŠINOU ANO“ vybralo 13 respondentů (25 %) a „VĚTŠINOU NE“ označili 2 respondenti (3,8 %). Žádný respondent nevybral odpověď „NE“. Výsledky prezentuji v následujícím grafu.

Graf 8 Představení ošetřující sestry respondentovi

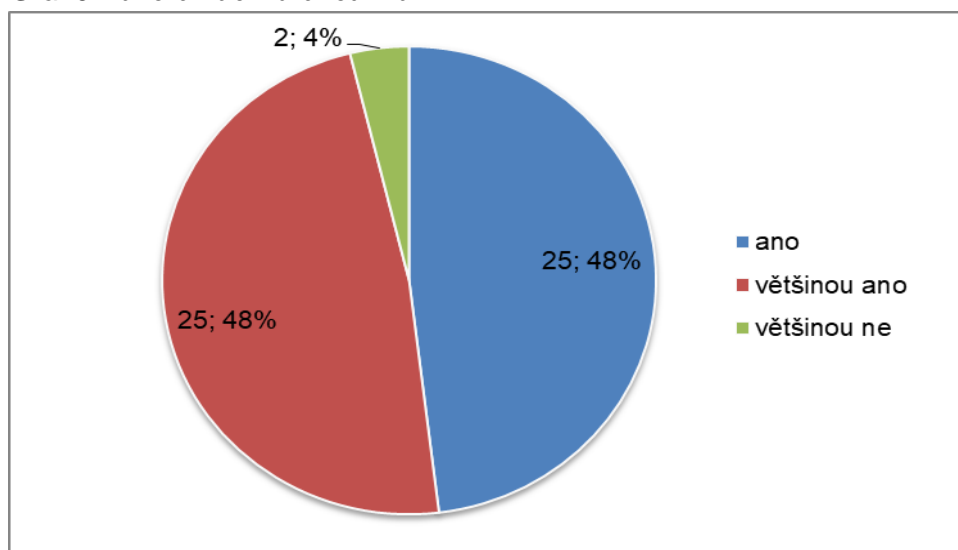


Zdroj: autor

Otázka č. 21 Důvěřoval/a jste zdravotníkům, kteří se podíleli na Vaší péči?

V odpovědi se respondenti vyjádřili „ANO“ ve 25 případech (48,1 %), ve stejné míře bylo odpovědí „VĚTŠINOU ANO“ a 2 respondenti (3,8 %) označili odpověď „NE“. Výsledky uvádím v následujícím grafu. Dále jsem zjistila významnou souvislost mezi respondenty, kteří odpověděli „ANO“ v otázkách č. 19 a č. 20, a odpověďmi „ANO“ v otázce č. 21. Pokud respondenti uváděli, že se jim lékař i sestra představili vždy, pak v 75 % zdravotníkům bezvýhradně důvěřovali.

Graf 9 Důvěra vůči zdravotníkům



Zdroj: autor

Otázka č. 22 Jak hodnotíte komunikaci zdravotníků během současné hospitalizace?

Respondenti měli na názorné škále označené zleva 1–5 vybrat odpověď, která nejvíce odpovídala jejich zkušenosti. V poznámce u otázky byla čísla přiřazena k slovnímu vyjádření. Nejvyšší hodnocení „1 – výborná“ označilo 25 respondentů (48,1 %). Průměrné hodnocení respondentů bylo 1,7. Pro přehlednost uvádím výsledky v následující tabulce.

Tabulka 15 Komunikace zdravotníků

Hodnocení komunikace zdravotníků	n	relat. četnost
1 – výborná	25	48,1 %
2 – spíše dobrá	17	32,7 %
3 – dostatečná	9	17,3 %
4 – spíše nedostatečná	1	1,9 %
5 – zcela nedostatečná	0	0,0 %

Zdroj: autor

Otázka č. 23 Myslíte si, že Vám pomáhaly získané informace k lepší, efektivnější spolupráci se zdravotníky?

Tuto souvislost mezi informacemi a spoluprací potvrdila odpověď „ANO“ polovina respondentů (50 %), „SPÍŠE ANO“ vybralo jako odpověď 24 respondentů (46,2 %) a „SPÍŠE NE“ odpověděli 2 respondenti (3,8 %), oba byli muži nad 70 let. Možnost „NE“ nezvolil žádný respondent. V sekundární analýze dat jsem porovnávala s daty, které se vztahovaly ke spolupráci pacientů se zdravotníky. Nejvýznamnější souvislost jsem zaznamenala s otázkou č. 13, kde se respondenti vyjadřovali k znalostem důvodů časně rehabilitace. Celkem 92 % respondentů, kterým pomáhaly získané informace k efektivnější spolupráci se zdravotníky, současně znalo důvody časně pooperační rehabilitace. Mírný nárůst jsem zaznamenala u respondentů, kteří podrobně četli informovaný souhlas. Celkem 43,2 % respondentů, kterým pomáhaly získané informace k efektivnější spolupráci se zdravotníky, současně podrobně četlo informovaný souhlas. Což je zvýšení o 6 % oproti vzorku všech respondentů.

Otázka č. 24. Jak byste obecně popsal/a Váš postoj k informacím, které se týkají Vašeho zdravotního stavu?

Respondenti se měli vyjádřit pomocí předem definovaných odpovědí jaký je jejich postoj k informacím o zdraví. Nejpočetnější odpověď respondentů byla „informace mi dostačují od zdravotníků, čemu nerozumím, zeptám se“, odpovědělo tak 26 respondentů (50 %). V kategorii „JINÉ“ byla jedna odpověď a v poznámce uvedeno „rodiče“. U odpovědi „už se na nic neptám“ jsem našla souvislost s věkem, tuto odpověď častěji uváděli respondenti starší 70 let (29 %) a mladší 39 let (25 %). Tuto odpověď také zvolili častěji respondenti se základním vzděláním (33 %).

Tabulka 16 Postoj k informacím o zdraví

Postoj k informacím o zdraví	n	relat. Četnost
snažím se zjistit více, než se dozvím od zdravotníků	15	28,8 %
informace mi dostačují od zdravotníků, čemu nerozumím, zeptám se	26	50,0 %
už se na nic neptám	10	19,2 %
Jiné	1	1,9 %

Zdroj: autor

Otázka č. 25 Jaké informace Vám chyběly během Vaší hospitalizace?

Respondenti vybírali odpovědi z navržených variant včetně otevřené odpovědi. Největšímu počtu respondentů – 31 (59,6 %) – žádné informace během hospitalizace nechyběly. Naopak chybějící informace mělo 8 respondentů o pobytu v nemocnici, následovala oblast týkající se plánu péče, kterou vybralo 6 respondentů (11,5 %). Možnosti, které se týkaly plánované operace a zdravotního stavu, shodně zvolili 4 respondenti (7,7 %). Pro přehlednost prezentuji v následující tabulce.

Tabulka 17 Chybějící informace během hospitalizace

Jaké informace Vám chyběly během hospitalizace?	n	relat. Četnost
Žádné informace mi nechyběly	30	57,7 %
o pobytu v nemocnici	8	15,4 %
o plánu péče	6	11,5 %
o zdravotním stavu	4	7,7 %
o plánované operaci	4	7,7 %
Jiné	0	0,0 %

Zdroj: autor

Otázka č. 26 Jaký zdroj informací považujete za nejpřínosnější během současné hospitalizace?

Jako nejpřínosnější zdroj informací označili respondenti lékaře a to v počtu 22 (42,3 %), na druhém místě se v počtu 17 (32,7 %) nacházejí zdravotní sestry. Ostatní možnosti byly označeny již v méně významném počtu a to v pořadí „PŘÍBUZNÍ“ 6 respondentů (11,5 %), „INTERNET“ 4 (7,7 %). Možnost „TIŠTĚNÉ INFORMACE“ zvolil jeden respondent (1,9 %).

Tabulka 18 Zdroj informací během hospitalizace

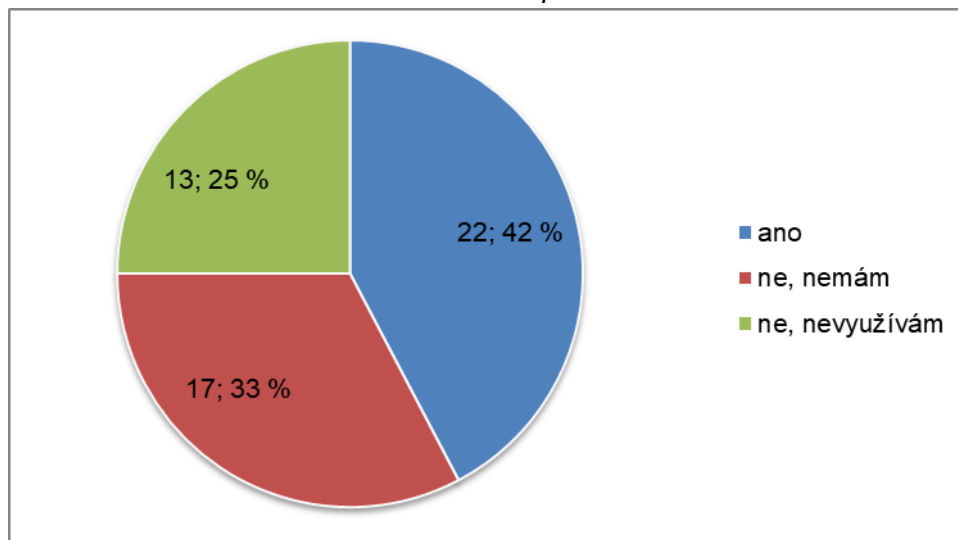
Nejpřínosnější zdroj informací během hospitalizace	n	relat. Četnost
Lékaři	22	42,3 %
zdravotní sestry	17	32,7 %
Příbuzní	6	11,5 %
Internet	4	7,7 %
ostatní pacienti	2	3,8 %
tištěné informace	1	1,9 %
jiné zdroje	0	0,0 %

Zdroj: autor

Otázka č. 27 Ocenil/a byste více informací v elektronické podobě na stránkách nemocnice?

Respondenti se vyjadřovali k otázce informací v elektronické podobě na stránkách nemocnice. Ve 22 případech (42,3 %) se respondenti vyjádřili kladně. Celkem 17 respondentů (32,7 %) označilo odpověď „NE, nemám internet“ a 13 respondentů (25 %) vybralo odpověď „ NE, využívám jiné zdroje“. Přehled nabízím v následujícím grafu.

Graf 10 Potřeba informací v elektronické podobě



Zdroj: autor

Otázka č. 28 Jak hodnotíte Vaši informovanost během současné hospitalizace?

Respondenti měli na názorné škále, označené zleva 1–5, vybrat odpověď, která nejvíce odpovídala jejich informovanosti během hospitalizace. V poznámce u otázky byla čísla přiřazena k slovnímu vyjádření. Nejčastěji respondenti zvolili variantu „2 – velmi dobrá“, a to v počtu 24 (46,2 %), a variantu „1 – výborná“ v počtu 19 respondentů (36,5 %). Průměrné hodnocení respondenty bylo 1,8. Pro přehlednost uvádím výsledky v následující tabulce.

Tabulka 19 Hodnocení informovanosti

Hodnocení informovanosti respondenty	n	relat. četnost
1 – výborná	19	36,5 %
2 – velmi dobrá	24	46,2 %
3 – dostatečná	8	15,4 %
4 – spíše nedostatečná	1	1,9 %
5 – zcela nedostatečná	0	0,0 %

Zdroj: autor

Otázka č. 29 Jakou zkušenost s poskytováním informací máte z předešlých hospitalizací?

V této otázce měli respondenti na výběr z možností, včetně otevřené odpovědi. První hospitalizace to byla pro 8 respondentů. Respondentů, kteří již nějakou hospitalizaci v minulosti podstoupilo, bylo celkem 44. Nejčastěji hodnotili respondenti poskytování informací lépe než na předchozím pracovišti, a to v počtu 20 (44,5 %), srovnatelně a dobře hodnotili respondenti v počtu 18 (40,9 %). Hůře poskytování informací než na předchozím pracovišti hodnotilo 6 respondentů (13,6 %).

Tabulka 20 Srovnání poskytování informací

Srovnání zkušenosti s předchozími hospitalizacemi	n=44	relat. četnost
srovnatelné a dobré	18	40,9 %
lepší, než na předchozím pracovišti	20	45,5 %
horší, než na předchozím pracovišti	6	13,6 %
srovnatelné a špatné	0	0,0 %

Zdroj: autor

Otázka č. 30 Vlastní vyjádření k problematice

V poslední otázce měli respondenti možnost se vlastními slovy vyjádřit k tématu informování pacientů. Této možnosti využilo 13 respondentů. Z toho jsem vyřadila ta, která nesouvisela s danou problematikou. Jednalo se většinou o poděkování. Touto selekcí zůstalo 7 odpovědí.

Tři respondenti se vyjádřili shodně k placenému internetu a přístupu k informacím přes internet během hospitalizace: „Chyběl mi přístup k internetu, platit v dnešní době za internet v nějakém zařízení, je vydírání“, „chyběl mi volný přístup k internetu.“ Dva respondenti se shodli na nejasné identifikaci zdravotníků: „Někdy jsem nevěděl, kdo je kdo.“ „Přišel zelený pán a ptá se, jak se mám. Vůbec jsem nevěděl, kdo to je.“ Jeden respondent doporučoval lepší dostupnost psychologické péče: „Uvítal bych podporu psychologa pro kardiochirurgické pacienty.“

5. Diskuse

Diplomová práce se zabývala informovaností pacientů po kardiochirurgické operaci. Je to skupina poměrně rozmanitá, i proto proměnných, které do této problematiky mohou vstupovat, je mnoho. Prostřednictvím kvalitativního šetření jsem podrobněji zkoumala zejména témata, která by bylo náročnější prozkoumat do hloubky dotazníkovým šetřením. Na základě kvalitativního šetření jsem následně formulovala otázky pro kvantitativní část výzkumu. Tato forma umožnila na větším množství respondentů probrat větší rozsah otázek. V této části diplomové práce se podrobně věnuji výsledkům obou šetření, uvádím výsledky dotazníkového šetření a doplňuji informacemi získanými z rozhovorů s pacienty. Výsledky podrobuji diskuzi. Snažím se najít odpovědi na výzkumné otázky, naplnit dílčí cíle a tím i hlavní cíl diplomové práce.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, které informace pacientům chyběly.

Dle výsledků mého výzkumu pacienti nepociťovali nedostatek informací před nástupem do nemocnice, v dotazníkovém šetření (otázka č. 4) jen jeden pacient uvedl, že mu chyběly informace o postupu operace a o omezení pohybu po operaci. V rozhovoru jeden pacient (informant 3) zmínil nedostatečné získání informací o operaci a jejích možnostech a také o fungování kliniky. Na druhou stranu ale podotkl, že očekával doplnění informací během hospitalizace. Vzhledem k tomuto očekávání i pochopení nutnosti operace, kterou podstupoval („*Bál jsem se, ale chápal jsem, že tu operaci potřebuju.*“), vyvozují, že deficit informací nebyl zásadní. Mohl však zvýrazňovat předoperační úzkost pacienta. Na naší klinice jsou předoperačně pacienti informováni prostřednictvím zaslaných informačních materiálů. V materiálech je uveden také kontakt na příjmovou ambulanci, kde mohou pacienti volat pro zodpovězení případných dotazů spojených s nástupem do nemocnice.

K tématu se vztahuje i otázka obdržení informací o předoperační přípravě, konkrétně o provedení speciální hygienické péče s použitím dezinfekčních přípravků (otázka č. 5). Ty se používají v prevenci infekce v operačních ránách a v kardiochirurgii jsou doporučovány již v předoperační, domácí přípravě. Na dotčené klinice jsou pacienti informováni o vhodnosti jejich zakoupení a použití. Z celkového počtu pacientů jich 34 (65,4 %) uvedlo, že informaci obdrželo, ale tedy 18 (34,6 %) pacientů ji nedostalo (tuto odpověď označili pouze muži nad 60 let) nebo si na informaci nepamatovalo. Vzhledem k důrazu kliniky na tuto přípravu mi výsledek připadá zarážející. Rozhovory s pacienty doplnily informace o důvody, proč předoperačně dezinfekční prostředky nebyly použity. Jedna pacientka (informant 1) si na tuto informaci nepamatovala, dva pacienti (informant 2 a 3) si doporučení vybavovali, ale jejich použití v domácí přípravě jim přišlo zbytečné, případně drahé. Studie zkoumající snížení výskytu pooperační infekce v ráně použitím dezinfekčních prostředků tuto teorii nepotvrzují. Z roku 2016 je to např. výzkum Reiser, který byl zaměřen na pacienty podstupující kardiochirurgickou operaci bypass. Výzkum nepotvrdil účinnost této předoperační přípravy a doporučil další zkoumání tématu. (Reiser, 2016) Metaanalýza studií Franca et al. z roku 2016 porovnávala účinky předoperačního použití dezinfekčních přípravků, mýdel a placebo. Autoři nenalezli významnou souvislost ve výskytu infekčních komplikací v ráně a použitím jednotlivých metod očisty pokožky a doporučili další zkoumání problematiky, aby bylo možné sjednotit postup v prevenci infekce v operační ráně a přitom nedocházelo k zbytečnému plýtvání finančních prostředků. (Franco et al., 2017) Otázkou tedy zůstává účinnost takové speciální přípravy, ale to již nespadá do náplně mé diplomové práce.

Deficitem informací se zabývala otázka č. 17, kde pacienti měli porovnat očekávání pooperačního průběhu s reálnou situací, se kterou byli konfrontováni. Více než polovina pacientů 34 (65,4 %) uvedla, že se jejich očekávání shodovalo absolutně nebo většinou. Jedna pacientka (informant 1) v rozhovoru uvedla: „*Dost informací jsem si sehnala předem. Co jsem čekala, to se víceméně i pak stalo.*“ Další pacient (informant 3) podotkl: „*Byl jsem tam dýl, než jsem čekal.*“ Poslední poznámka ale nemusí znamenat chybu v podaných informacích. Nelze předvídat délku hospitalizace zejména u komplikovaných pooperačních stavů. Na dané klinice jsou pacienti předoperačně informováni o průměrné době hospitalizace. V otázce č. 10 jsem zjišťovala, zda u pacientů nastala situace, na kterou se necítili připraveni. Celkem 19 (36,5 %) pacientů tuto možnost připustilo a téměř všichni využili možnost se konkrétně vyjádřit. Nejčastěji uváděli zdravotní komplikace, ty udalo 5 pacientů (10 %), dále stejnou měrou po 4 pacientech (8 %) pocity zmatenosti a výskyt halucinací (ty jsem zařadila do samostatné kategorie, přestože svou podstatou spadají také mezi zdravotní komplikace), problémy s tolerancí endotracheální kanyly a rušivým prostředím jednotky intenzivní péče. Pacienti v rozhovorech dále uváděli žízeň a potíže s dýcháním. Informacemi o komplikacích se zabývala studie Ivarssona et al. z roku 2007. Pacienti byli podrobně seznámeni s možnými riziky operace a byla jim poskytnuta podpora i během hospitalizace. Následně v případě výskytu komplikací v pooperačním období jim pacienti lépe rozuměli, cítili se více na komplikace připraveni a uváděli i vyšší míru spokojenosti s poskytovanou péčí. (Ivarsson et al., 2007, s. 32–38) Jeden z pacientů (informant 3) k problematice znalostí možných operačních komplikací uvedl: „*Možná o těch komplikacích, že bych byl klidnější, kdybych tomu víc rozuměl, jak tam byl ten kolega (pozn. spolupacient, který komplikace měl). Ale nejsem si jistej.*“ Pacientka (informant 1) v rozhovoru dodala: „*To dávení, to bylo divný. Jinak ale jsem se vším počítala.*“ Pacientku překvapila nauzea. Byla však o této možnosti minimálně informována v souhlasu s anestezií. V uvedeném rozhovoru uvedla, že informované souhlasy podrobně čte. Pacient (informant 3) se dále vyjádřil: „*Nebylo mi dobře. Rušil mě hluk a nepříjemný světlo na jipce.*“ Dále k pooperačnímu stavu poznamenal: „*Moc jsem nevěděl, kde jsem. Ta špatná orientace ještě nějakou dobu trvala. Vždycky jsem se lekl, když jsem se probudil. Co se se mnou děje. Možná jsem i trochu jančil, podle toho, co mi pak říkaly sestry.*“ Pooperační delirium je kvalitativní poruchou vědomí, která se vyskytuje u pacientů po operaci v incidenci 10–30 %. Nejčastěji mají pacienti problémy s orientací, pamětí, vyjadřováním se a se zpracováním informace. Mohou také vznikat iluze, halucinace. (Hála, 2011, s. 18) Na problémy tohoto charakteru upozornili 4 pacienti v dotazníkovém šetření, kteří si vybavovali halucinace nebo pocit zmatenosti v pooperačním období. K tomuto fenoménu se vztahuje řada studií, např. Berg prokázal souvislost vlivu předoperační úzkosti a strachu na vývoj pooperačního deliria. (Berg et al., 2006, s. 1–7) Tento závěr podporují i výsledky srovnávací, retrospektivní studie, kterou provedl Lee v roce 2011 u pacientů podstupujících kardiochirurgickou operaci. Pacienti byli nadstandardně edukováni a psychicky podporováni před operačním výkonem i po něm. Výsledky ukázaly výrazně nižší výskyt pooperačního deliria u sledované skupiny pacientů. (Lee, 2013, s. 143–158) Z výčtu opatření, která je možné použít u delirantního nemocného, jsou z hlediska spolupráce a komunikace s pacientem důležitá dodržovat určitá pravidla, jako je např. častá a přátelská komunikace s pacientem, opakovaná snaha o jeho orientaci, zapojení do rehabilitace a mobilizace, umožnění vnímání každodenního dění a návštěv blízkých. (Hála, 2011, s. 12–13)

K problematice informovanosti o pooperační bolesti se vztahovala otázka č. 11. Pacienti nejčastěji uváděli, že s bolestí počítají. Takto odpovědělo 32 (61,5 %) pacientů. Myslím si, že by taková odpověď mohla mít souvislost s nedostatečnou informovaností o bolesti v předoperačním období. Podle edukace a informací, které pacienti předoperačně získávají, bych očekávala více odpovědí

„ne, vždy by se měla včas řešit“. Ze sekundární analýzy dat vyplynul fakt, že nejvýraznější byla souvislost se vzděláním pacientů. Totiž čím nižší vzdělání pacienti měli, tím větší pravděpodobnost byla, že počítali s bolestí a považovali ji za výraznou součást pooperačního období. Z kvalitativního šetření vyplynulo, že dva pacienti spíše pooperační bolest neměli nebo v případě potřeby řekli zdravotníkům, kteří na to adekvátně reagovali. Jeden pacient (informant 2) ale podotkl, že „*všechno se dalo vydržet*“, a také se vyjádřil k přetrvávající bolesti: „*Bolí to, ale dá se to vydržet.*“. Z výše uvedeného vyplývá stále vysoký důraz na edukaci pacientů o bolesti před operací a na přípravu na pooperační období. Pacienti musí mít předpoklady ke spolupráci založené na dostatku informací a nesmí pooperační bolest bagatelizovat. Správný management pooperační bolesti je jedním ze základních úkolů anesteziologa ve spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky i s pacientem samotným. (Michálek In Vymazal et al., 2016, s. 409) Autoři Ševčík a Kříkava uvádějí (2007, s. 7): „*Předpokládejme bolest a předcházejme ji dříve, než se rozvine.*“ Mylné představy pacienta o bolesti a jejím ovlivnění mohou být překážkou v účinné úlevě od bolesti. Dotazníková studie Cogana et al. z roku 2013 se pokusila zmapovat bariéry úlevy od bolesti. Až 20 % pacientů souhlasilo s tvrzením, že dobří pacienti nemluví o své bolesti a 40 % pacientů věřilo, že léky by měly být použity až při silné bolesti. (Cogan et al., 2014) Další bariérou však mohou být i samotní zdravotníci, bagatelizující bolest pacienta. Na tuto problematiku upozorňuje řada studií. Ve své diplomové práci Rákosová představila výsledky výzkumného šetření, z kterého mimo jiné vyplynulo (2016, s. 105), „*že sestry vnímají vyšší terapeutický efekt podaných analgetik než samotní pacienti*“. Upozornila také na fakt, že sestry neměly důvěru v intenzitu bolesti udávanou pacientem. Přestože se však lišilo zaznamenávání bolesti a byly rozpory ve vnímání problému, podstatné bylo, že pacientům byla poskytnuta úleva od bolesti. (Rákosová, 2016) V mém dotazníkovém šetření jsem zjišťovala, zda pacienti informovali zdravotníky, pokud bolest měli. Všichni pacienti se vyjádřili kladně, což je velmi pozitivní zjištění. Na druhou stranu ale dva pacienti v poznámce uváděli: „*Ano, ale dost často mě odbyli*“ a „*Ano, ale bylo to kničemu*“. Sice tyto dva tvoří jen 3,8 % z celkového počtu, ale poukazují na problém, který může být podstatný. Potvrzuje předchozí výzkum Rákosové, ovšem bolest pacientů zde zůstala bez adekvátní intervence. Jak uvádí Ševčík a Kříkava (2007, s. 7): „*Nárok na co nejlepší léčbu bolesti je důležitým právem nemocných.*“ V případě nezahájení nebo nezduvodněného oddalování léčebného opatření zdravotníky se jedná o jejich profesionální selhání.

Další oblastí informování pacientů je rehabilitace. Nácvik dovedností začíná na dotčené klinice již v předoperačním období a zahrnuje i rehabilitaci dechovou. Součástí edukace je také zdůvodnění potřeby rehabilitace. Pacientů jsem se v otázce č. 13 dotazovala na znalost důvodů časně pooperační rehabilitace. Tyto důvody znalo 35 (67,5 %) pacientů, celkem 17 (32,7 %) je neznalo nebo nevědělo přesně. Negativní odpovědi nejčastěji uváděli pacienti starší 70 let a naopak v kategorii mladší 39 let. Jeden pacient v rozhovoru dodal: „*Nepočítal jsem s rychlostí rehabilitace. Ale chápal jsem, že je to dobrý pro mě. Že se musím dát zase trošku do pořádku.*“ Důvody provádění dechové rehabilitace znalo 29 (55,8 %) pacientů, neznalo nebo nevědělo přesně 23 (44,3 %) pacientů. Výraznější závislost se projevila u pacientů nad 60 let. Je tedy možné, že potřebu důslednější, možná názornější edukace a jejího opakování mají pacienti starší, ale také mladí. Součástí edukace fyzioterapeutů je dále poučení pacientů o péči o operační ránu, resp. o jizvu a také nácvik expektorace s fixací operační rány. Velmi názorný a přehledný manuál pro kardiochirurgické pacienty vytvořila v rámci své bakalářské práce Vedrová. Materiál je zaměřený na předoperační nácvik dovedností i na informace, které může pacient uplatnit v pooperačním období. (Vedrová, 2015) Důležitost pooperační časně rehabilitace potvrzuje řada studií. Např. Santos et al. provedli v roce 2016 randomizovanou, kontrolovanou studii, kde

deklarují, proč je důležité zapojit pacienta po operaci do rehabilitace co nejdříve. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že časná mobilizace je důležitá pro prevenci pooperačních komplikací, zlepšení funkční kapacity a snížení délky hospitalizace u kardiochirurgických pacientů. (Santos et al., 2017) Je kladen důraz na správný nácvik dovedností spojených s rehabilitací a na aktivní zapojení dobře informovaného pacienta.

Pacient má právo na informaci o jménech ošetřujícího zdravotnického personálu. Lékař se pacientům podle dotazníkového šetření většinou představil (odpovědi „ano“ a většinou ano“ vybralo 48 pacientů (92,3 %). Ještě ve větší míře se jim představila ošetřující sestra, odpovědi „ano“ a „většinou ano“ označilo 50 pacientů (96,2 %). Tento výsledek koreluje i s důvěrou ve zdravotníky. Jen 2 pacienti (3,8 %) uvedli, že zdravotníkům nedůvěřovali. Zároveň jsem zjistila, že pokud pacienti uvedli, že se jim lékař i sestra představili, projevilo se to v odpovědi na otázku důvěry, kde tito pacienti v 75 % zdravotníkům maximálně důvěřovali. Důvěra je velmi důležitý faktor pro spolupráci pacienta. Důvěře pacientů ve zdravotníky se ve své bakalářské práci věnovala také Hinková. Výsledky šetření v oblasti důvěry jsou ve shodě. Šetření Hinkové probíhalo na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení. Pod výzkumnou otázku „důvěry“ uvedla dvě témata. Prvním tématem byla důvěra pacientů v lékaře a sestry a druhým tématem důležitost znalosti jmen ošetřujících lékařů a sester. Výsledkem šetření bylo zjištění téměř stoprocentní důvěry v lékaře i sestry. A až 75 % pacientů uvedlo, že je pro ně důležité znát jméno ošetřujícího lékaře, a 60 % pacientů uvedlo, že je pro ně důležité znát jméno ošetřující sestry. (Hinková, 2017) Důvěra je jedním ze základních předpokladů spolupráce a spokojenosti pacienta a může mít tak vliv na proces poskytování informací.

Otázka č. 25 zjišťovala, jaké informace pacienti pociťovali jako deficitní během celé doby hospitalizace. Žádné informace nechyběly 31 (59,6 %) pacientům. Vzhledem k tomu, že tato otázka mapuje problematiku od příjmu až k období před propuštěním, považuji takový výsledek za pozitivní. Deficit informací pacienti uváděli o pobytu v nemocnici, plánu péče, zdravotním stavu a o plánované operaci. Pacient (informant 3) v rozhovoru k otázce, co mu chybělo za informace během hospitalizace, uvedl: „*Možná víc informací na internetu, aby si to tady člověk dokázal líp představit.*“ Tato odpověď se shoduje s odpovědí pacientů, kteří v dotazníkovém šetření uváděli nedostatek informací o pobytu v nemocnici. Botíková a Ilievová provedly výzkumné šetření zaměřené na práva pacientů ve zdravotnickém zařízení. Jedním z jejich výsledků bylo zjištění, že jsou pacienti nedostatečně informováni o vývoji a průběhu jejich onemocnění. (Botíková a Ilievová, 2009) Tento deficit byl ve shodě s mým zjištěním nedostatku informací o zdravotním stavu pacientů.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jak hodnotí informovanost samotní pacienti.

Následujícím dílčím cílem bylo zjistit, jak hodnotí informovanost během současné hospitalizace samotní pacienti. K tomuto tématu se vztahovaly dvě otázky dotazníku. Otázka č. 28 zjišťovala, jak pacienti sami hodnotili informovanost během současné hospitalizace. Většinou pacienti hodnotili informovanost velmi dobře a výborně, celkem 43, což odpovídalo 82,7 % z celkového počtu dotazovaných. V průměru pacienti vyjadřovali informovanost hodnotou 1,8. V otázce č. 29 pacienti porovnávali zkušenost s podáváním informací s předchozími hospitalizacemi. Z celkového počtu 44 pacientů, kteří již takovou zkušenost měli, jich 20 (45,5 %) uvedlo, že podávání informací bylo lepší, a srovnatelné a dobré označilo 18 pacientů (40,9 %). Pacienti tedy hodnotili informovanost během současné hospitalizace většinou pozitivně. Limitací tohoto dílčího cíle bylo nespecifikování období, se kterým měli pacienti porovnávat. Bylo by vhodné např. uvést v posledních dvaceti

letech. To by lépe vystihovalo současnou situaci, vzhledem k porevolučním změnám v systému zdravotní péče a v postavení pacienta. Proto nelze tento výsledek považovat za zcela objektivní.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda má informovanost pacienta vliv na spolupráci pacienta se zdravotníky.

Jaký zaujímá pacient obecně postoj k informacím o zdraví, zjišťovala otázka č. 24. Nejpočetněji pacienti uváděli, že jim stačí informace od zdravotníků a v případě nejasností se dále zeptají. Takovou odpověď vybralo 26 pacientů (50,0 %). Na druhém místě četnosti byla uvedená odpověď „snažím se zjistit více, než se dozvím od zdravotníků“, tu uvedlo 15 pacientů (28,8 %) a 10 pacientů (19,2 %) uvedlo, že se už na nic neptají. V sekundární analýze dat jsem zjistila souvislost tohoto pasivního přístupu pacientů s věkem, s vyšší pravděpodobností tak odpovídali pacienti mladší 39 let a starší 70 let. Dále souvislost se vzděláním, kde tuto odpověď označili častěji pacienti s nejnižším dosaženým vzděláním.

Aktivní účast pacientů při poskytování zdravotní péče je velmi důležitá. Tato aktivita se projevuje i postojem k informacím, zda pacient informační potřebu má. Tuto potřebu definuje Příbramská (2008, s. 3–4) jako „stav, ve kterém jedinec zjišťuje, že jeho/její vlastní znalost je nedostačující pro splnění cíle, který má“. Dle zjištěných výsledků dotazníkového šetření bylo velmi aktivních 28,8 % pacientů, kteří se snažili zjistit více, než se dozvěděli od zdravotníků. Polovina pacientů pak uvedla, že se zeptají zdravotníků, pokud něčemu nerozumí. Výsledky považuji za uspokojivé a spíše jsem očekávala nižší zapojení pacientů. Zejména s ohledem na alarmující výsledky srovnávacího průzkumu z roku 2014 v ČR, který zjistil velké rezervy ve schopnosti laiků získat informace, které pomáhají v posílení vlastního zdraví, schopnosti je zhodnotit, interpretovat a pak na jejich základě upravit své jednání. Kučera et al. (2016, s. 241) uvádějí: „Zdravotní gramotnost je velkou měrou podmíněna některými socio-ekonomickými a demografickými proměnnými, především věkem, vzděláním a finanční situací.“ V závěru autoři především upozorňují na potřebu posílení zdravotní gramotnosti seniorů. (Kučera et al., 2016, s. 233–241) S tímto se ztotožňuji i výsledky mého výzkumného šetření, kde méně aktivní v přístupu k informacím byli pacienti starší a ti s nejnižším stupněm vzdělání.

Vztahem informovanosti pacientů a lepšího zvládnutí pooperačního období spojené s vyšší mírou spolupráce se zdravotníky a dodržováním pooperačních opatření se zabývala např. studie O'Brien z roku 2010. Byla zjištěna výrazná korelace pocitu připravenosti pacientů na vývoj pooperačního období a dodržování pooperačních opatření. Celkem 30 % respondentů uvádělo stres a úzkost ve vztahu k pooperačnímu očekávání, ale téměř 50 % respondentů se domnívalo, že poskytnutí individualizovaných informací před a během hospitalizace mělo vliv na pochopení a ve spolupráci se zdravotníky na zvládnutí situací souvisejícími s operací a pooperačním obdobím. (O'Brien, 2013, s. 404–409) Pacient (informant 2) poznamenal k rehabilitaci: „Nepočítal jsem s rychlostí rehabilitace. Ale chápal jsem, že je to dobrý pro mě. Že se musím dát zase trochu do pořádku.“ A ke spolupráci dále uvedl: „Sestřičky mi vysvětlily, jak to bude, tak jsme chodili, cvičili jsme různé cviky, pak už jsem chodil sám.“ Pacient (informant 3) podotknul: „Co se týká rehabilitace, to jsem byl unavený. Ještě bych nějakou dobu radši ležel. Moc se mi nechtělo. Ale ty rehabilitační mi vysvětlily, proč to tak musí být. Tak jsem se snažil.“ Důležitá je motivace ke spolupráci. Pro vysokou adherenci pacientů, jak popisují problematiku Bencko et al., je nutným předpokladem porozumění zdravotnímu problému a principům léčby a zásadní jsou také komunikační dovednosti zdravotnických pracovníků. (Bencko, Ptáček a Raboch In Ptáček et al., 2015, s. 129–132) Právě souvislost znalosti a spolupráce se projevila i v otázce rehabilitace dotazníkového šetření.

Ti pacienti, kteří znali důvody pooperační rehabilitace (35 pacientů, tj. 67,5 %), v následující otázce, jak k rehabilitaci přistupovali, odpověděli v počtu 29 (82,9 %) „snažil/a jsem se aktivně zapojit“. Znalostí důvodů rehabilitace se zvýšilo aktivní zapojení pacientů o 23,2 %. O něco menší nárůst jsem zaznamenala také u dechové rehabilitace. Důvody znalo 29 pacientů (55,8 %) a z těchto se snažilo aktivně zapojit 15 (51,7 %) Aktivní zapojení informovaných pacientů se zvýšilo o 13,3 %. Žádný z pacientů, který uvedl, že důvody rehabilitací znal, neoznačil následně odpověď „nechtělo se mi, snažil jsem se rehabilitaci (dechové rehabilitaci) vyhnout“. U rehabilitace byl tedy zjištěn výrazný vliv znalosti důvodů jejího provádění na následné aktivní zapojení pacientů. Pacient (informant 2) demonstroval souvislost informace a změny životního stylu na jeho zlozvyku kouření cigaret. Během rozhovoru slavnostně oznámil: „*Nemám ani chuť na cigaretu!*“, dále uvedl k připomenutí, že by ani dál kouřit neměl: „*To jo, to mi říkali. Už jsem to zkoušel, když jsem byl na katetrizaci. Ale to byla krátká doba v nemocnici. Víím, že nemám kouřit a jsem doufal, že přestanu. Jenže doma všichni kouří. Ale odtud jedu do lázní, tak doufám, že přestanu!*“

Znalostí kardiovaskulárních rizik u pacientů po akutním infarktu myokardu, koronární angioplastice nebo po operaci srdce se zabývala dotazníková studie Sovové et al. Autoři zkoumali účinnost zavedeného edukačního programu na znalost těchto pacientů a neshledali výraznou souvislost. Zabývali se přepracováním edukačního programu ve spolupráci s dalšími odborníky a rozšířením o další formy edukace tak, aby lépe plnila svůj účel. (Sovová et al., 2010, s. 90–92) Tento výzkum upozorňuje na fakt, že již existující edukační program ještě nemusí znamenat lepší znalost pacientů. Ta může být právě ovlivněna i adherencí k léčbě, získání zájmu pacientů podílet se na zdravotní péči a formou edukace. Na pracovišti, kde jsem šetření prováděla, je péče poskytována ve spolupráci s pacienty, a dle daných možností individualizována. Zejména v předoperační přípravě a v pooperační péči jsem se snažila identifikovat oblasti, kde přesto existuje v informovanosti pacientů deficit.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit faktory, které ovlivňují informovanost pacienta.

Faktorů, které mohou ovlivňovat informovanost pacienta je celá řada. Věnovala jsem se jim obsáhle také v teoretické části diplomové práce. Z výzkumného šetření vyplynulo několik faktorů, které mohou významně zasáhnout do kvality informovanosti pacientů, kteří podstupují kardiochirurgický výkon na daném pracovišti.

Zdroje, forma a srozumitelnost informací jsou zásadním aspektem informovanosti pacienta. Pacienti v dotazníkovém šetření nejčastěji uváděli jako nejdůležitější zdroj informací před hospitalizací lékaře, který je k operaci indikoval a poskytl jim tak prvotní informace. Celkem tak uvedlo 47 pacientů (90,4 %). Patientka (informant 1) v rozhovoru podotkla: „*Mojí doktorce, když jsem byla na dvouletý prohlídce, se nezdál šelest a poslala mě na echo a pak do nemocnice na další vyšetření. Tam už mi řekl doktor, že by bylo dobrý tu chlopeň i aortu vyměnit.*“ Tato pacientka uvedla lékaře jako hlavní zdroj informací, ale důležitým zdrojem pro ni byly i materiály poskytnuté klinikou a také bývalí pacienti, kteří podstoupili podobné operace. Další pacient (informant 2) poznamenal: „*To mi zjistili na katetrizaci, že to musím podstoupit, tak mě předali sem.*“ Dodal: „*Můj plicář to obtelefonovával a zjišťoval.*“ Pacient (informant 3) uvedl, že sice dostal informace od lékaře, ale velkou měrou se snažil o získání informací i z jiných zdrojů. „*Já jsem chodil ke kardiologovi už předtím, tak ten mě poslal na další vyšetření a pak jsem už byl objednaný sem. Informace jsem nějaké měl od doktora a něco jsem si přečetl, hledal jsem na internetu...*“ Lékaře jako primární zdroj informací uvádí také Haškovcová. Podotýká,

že vyhledávání informací z jiných zdrojů narůstá především tam, kde je nedostatečné právě ze strany lékaře. (Haškovcová In Ptáček et al., 2011, s. 32–33)

Jako významný zdroj informací pak byla v dotazníkovém šetření zjištěna příjmová ambulance nemocnice, tuto možnost označilo 28 pacientů (53,8 %). Na klinice jsou předoperačně pacientům poskytnuty tištěné materiály zaměřené na harmonogram přípravy, nutná vyšetření a informace související s nástupem do nemocnice. V materiálu je uvedený kontakt na příjmovou ambulanci, kde jsou zdravotničtí pracovníci k dispozici pacientům v případě dotazů. Pacientka (informant 1) v rozhovoru uvedla „*Pak jsem měla materiály z nemocnice, co mi poslali. Dostala jsem vypsaný všechno, co mi budou dělat...taky jsem se jí (sestry z ambulance) ptala, jak dlouho tady budu*“ Pacient (informant 3) podotkl: „*Ještě jsem měl nějaký letáky. To už jsem měl doma. To mi poslali z nemocnice.*“ Ostatní pacienti a jejich zkušenosti označilo za důležitý zdroj 11 pacientů (21,2 %). Pacientka (informant 1) dodala: „*U nás v paneláku už byly asi čtyři po operaci toho srdíčka, i když ne stejný jako já. Jeden pán, soused na patře, tomu brali žíly z nohy a dávali mu to sem (ukazovala na hrudník).*“ Internet jako zdroj informací před operací označilo 9 (17,3 %) pacientů. Klinika, na které šetření probíhalo, má na svých internetových stránkách pouze základní informace pro pacienty, a to spíše organizačního typu. Dle výsledků výzkumného šetření by pacienti ocenili podrobnější informace o plánované operaci na stránkách nemocnice v elektronické podobě. Celkem tak uvedlo 22 (42,3 %) dotazovaných. V rozhovoru měl zájem o informace na internetu jeden pacient (informant 3). Poznamenal: „*Hledal jsem na internetu i jiných nemocnic, kde bylo víc informací.*“ Dále byly jako informační zdroj označeny informační materiály 6 pacienti (11,5 %) a jiné zdroje 2 pacienti (3,8 %), kde do poznámky tyto dva pacienti uvedli jako zdroj rodiče a zdravotní profesi.

V dlouhodobé předoperační přípravě je i dle výsledků mého šetření stěžejní poskytování informací především lékařem, který také pacienta může nasměrovat k dalším zdrojům informací. Blažek et al. podotýkají (2012, s. 427): „*Dlouhodobá předoperační příprava nutně zahrnuje kontinuální informovanost nemocného o plánovaném výkonu a potřebných krocích v přípravě, naší snahou je podpora spolupráce (compliance) pacienta*“. Jedním z těchto kroků je také u kuřáků pokusit se o minimalizaci či úplnou absenci kouření před operací. Zahraniční studie ovšem potvrzují doporučení zanechat kouření minimálně čtyři týdny před plánovanou operací, ideálně dokonce osm týdnů. (Wu, 2012) Z tohoto faktu vyplývá odpovědnost lékařů, kteří se setkávají s pacienty v dlouhodobé přípravě před operací a mohou je v zanechání kouření ovlivnit a poskytnout jim i informace o odborné pomoci. Vzhledem k aktuálně krátké čekací době na termín kardiologické operace v dotčeném zdravotnickém zařízení lze takovou včasnou intervenci zajistit velmi těžko a spíše u pacientů chronických, kteří jsou zde dlouhodobě sledováni.

V dotazníkovém šetření se pacienti vyjadřovali k otázce zdroje nepřínosnějších informací během jejich současné hospitalizace. Mohli vybrat jen jeden, právě ten nejdůležitější zdroj. Celkem 22 (42,3 %) pacientů uvedlo lékaře, dále 17 (32,7 %) pacientů označilo sestry, příbuzné označilo 6 (11,5 %) pacientů a internet 4 (7,7 %) pacienti. Dva (3,8 %) pacienti označili spolupacienty jako nejpřínosnější zdroj informací. Podle Zacharové vnímají pacienti lékaře jako odborníka, schopného diagnostikovat a léčit, a předpokládají taktní a ohleduplné jednání a psychickou oporu ve složitých otázkách. Pacient (informant 2) poznamenal: „*Když mě odváželi na sál, lékař mi říkal, co se se mnou bude dít. Ty obavy mě opustily. Nebál jsem se, že by nastaly komplikace.*“ Od sester zase očekávají řešení i jiných než zdravotních problémů a jsou pacienti často vnímány jako spojující článek s lékařem. (Zacharová, 2007, s. 63–64) Haluzíková ve svém výzkumném šetření zjišťovala informovanost pacientů před kardiologickými a kardiologickými výkony během hospitalizace.

Za nejdůležitější zdroj informací označovali pacienti také lékaře, ale na druhém místě uváděli informace z brožur a médií a velmi málo pacientů považovalo za významný zdroj informací sestru. (Haluzíková, 2006b s. 412–413) V mém výzkumném šetření sestru uvedla třetina pacientů, což považují za velmi uspokojivý výsledek. Někdy také pacienti upřednostňují sestry se svými dotazy. Pacienti jsou se sestrami v celodenním kontaktu a mohou spolu navázat niternější vztah založený na důvěře. Potvrzuje to i zmíněné tvrzení Zacharové, že sestry jsou vnímány pacienty jako spojující článek s lékaři. Pacient (informant 3) podotkl: „*Když jsem něčemu nerozuměl, zeptal jsem se sestřiček. Když mi řekly, že se musím zeptat doktora, tak jsem pak přemýšlel, jestli to spíš nenechám (dodal se smíchem).*“ Pacient (informant 2) konstatoval: „*Nechyběly mi žádné informace, co jsem potřeboval, jsem se zeptal sestřiček.*“, „*Když byla vizita, tak jsem se ptal doktora nebo pak sestřiček.*“ Sestry jsou také většinou těmi, které jsou první registrovány pacienty při nabytí vědomí po operaci. „*Když jsem se probudil, viděl jsem anděla! Hezkou sestřičku (dodal se smíchem). Jsem si říkal, že už jsem v nebi!*“ Oporou byly pacientovi sestry i při příjmu: „*Byl jsem takovej nejistej. Ale ony mi podaly, co se bude dít.*“ Pacient (informant 3) v rozhovoru uvedl: „*Na oddělení jsem si vzal knížku o operaci. Pak jsem byl na pokoji s pánem, který už byl po operaci, tak jsme se o tom bavili. Měl nějaké komplikace, musel znovu na operaci, tak mě moc nepotěšil.*“ Pacienti jsou často předoperačně konfrontováni s informacemi od jiných pacientů. Na klinice, kde šetření probíhalo, dochází k mísení pacientů před a po operaci. Takové setkání může mít vliv pozitivní, ale i negativní, a záleží také na osobnosti konkrétního jedince, jak s těmito zkušenostmi pracuje. Haluzíková k problematice dodává (2006b, s. 412): „*Podání informace pacientem pacientovi má však určitá úskalí. Nemocný může druhé vystresovat tím, že on sám vyšetření prožíval negativně, tzn. že pociťoval bolest, strach, úzkost, případně byl výkon komplikovaný.*“ Tištěné informace jako hlavní zdroj uvedl jeden pacient (1,9 %). Pacientům jsou na standardním oddělení k dispozici tištěné materiály vztahující se k problematice operaci srdce. Pacient (informant 2) podotkl: „*Na chodbě byly brožury o operaci srdce. Ten den, jak jsem nastoupil, jsem si je vzal. Procházel jsem se a pročítal jsem to. Co to je ty bajpasy, síně, když se dělají. Tam to všechno je.*“ Zároveň upozornil na neaktuálnost této publikace: „*...ale ty brožury jsou několik let starý. Některý věci už neplatí, třeba ty poplatky.*“ Pacient (informant 3) také využil publikaci určenou pro kardiochirurgické pacienty: „*Na oddělení jsem si vzal knížku o operaci.*“

Významným hlediskem informací je jejich srozumitelnost. Stala se i mottem mé diplomové práce: „*Každý slyší jen to, čemu rozumí.*“ K tomuto tématu se vztahovala srozumitelnost informací od anesteziologa (otázka č. 9) a také obecně srozumitelnost informací od lékařů a sester během hospitalizace (otázka č. 18). Hošková na základě dotazníkového šetření identifikovala problém v komunikaci zdravotníků, kteří často používají odbornou terminologii, pro pacienty obtížně srozumitelnou. (Hošková, 2010, s. 28–29) Pacient označený jako informant 2 podotkl: „*Já jsem normálně vyučenej. Takže stejně ty lékařský termíny mi zůstávají utajeny. Ale v tý brožuře to bylo, myslím, celkem srozumitelný.*“ Tato poznámka také potvrzuje fakt, že je lepší využití více zdrojů informací v různých formách. Haluzíková se ve své publikaci tímto faktorem také zabývá. Zdůrazňuje výhodu poskytování informací opakovaně, ideálně uspořádaných do logických celků a také kombinaci forem, např. podání písemné a audiovizuální informace doplněné o rozhovor. (Haluzíková, 2006a, s. 277)

Mnoho výkonů, které pacient podstupuje, pokud přichází k elektivnímu operačnímu výkonu, vyžaduje informovaný souhlas. S informovaným souhlasem o anestezii je pacient seznámen většinou den před vlastní operací. Srozumitelné informace od anesteziologa před operací (odpovědi „ano“ a „spíše ano“) dostalo dle mého dotazníkového šetření 41 (88,1 %) pacientů. To je výborný výsledek a myslím si, že svědčí také o profesionalitě anesteziologů dotčené kliniky. K informacím

vztahujícím se k operačnímu výkonu se dále vyjadřovali i pacienti v rozhovorech. „*Pak primář nebo kdo, ten mi všechno před operací vysvětlil. Upozornil mě, že to usnutí bude dlouhý, třeba i šest hodin,*“ uvedla pacientka (informant 1). Dále ještě dodala: „*Když jsem nastoupila, tak anesteziolog mi dal všechno přesně, jak se to dělá.*“ Srozumitelností anesteziologické konzultace se zabývala randomizovaná kontrolovaná studie Rebekky Straessle et al. z roku 2011. Pacientům čekajícím na operaci byl poskytnut půl hodiny před anesteziologickou vizitou písemný informační leták napsaný srozumitelným jazykem bez odborných termínů. Autoři prokázali, že se následně zlepšilo vnímání informací, podávané pacientům od anesteziologa a zvýšil se také zisk informací a následně i míra spokojenosti pacientů. (Straessle, 2011, s. 518–522) Během mé dlouholeté zkušenosti ve zdravotnictví jsem se setkala většinou s praxí předání informovaného souhlasu pacientovi s předstihem, než přichází lékař. Většina pacientů však souhlas nečte a čeká až na konzultaci s lékařem. Proto jsem zařadila i otázku, jakým způsobem s informovaným souhlasem pracují pacienti dané kliniky. Celkem 19 (36,5 %) pacientů v dotazníkovém šetření uvedlo, že podrobně čte informovaný souhlas. Pacientka (informant 1) v rozhovoru ke čtení informovaného souhlasu zmínila: „*... to jsem četla, opravdu poctivě. My jsme tam byly ještě s jednou paní a ta říkala: ‚Já to nečtu, já to znám‘, ale já jsem to četla.*“ Odpověď, že informovaný souhlas čte většinou, zvolilo 17 (32,7 %) pacientů. Celkem se tedy 69,2 % pacientů většinou seznámí s obsahem informovaného souhlasu před anesteziologickou vizitou. To je pro mě překvapivý výsledek. Může to mít i vliv na srozumitelnost konzultace anesteziologa před operací. Vyšší pravděpodobnost, že pacienti informovaný souhlas nečetli, byla u skupin s věkem do 39 a nad 70 let. Informovaný souhlas se ale netýká jen anestezie. Pacient podepisuje informované souhlasy týkající se hospitalizace, operačního výkonu a dalších souvisejících úkonů. Zaměřila jsem se obecně na postoj pacientů k informovaným souhlasům a konkrétně na srozumitelnost anesteziologů, kteří se pacientům věnují předoperačně i následně na jednotce intenzivní péče. Další konzultace, např. chirurgickou, jsem do práce nezahrnula. Předpokládám výsledek srozumitelnosti konzultace v rámci jedné kliniky obdobný. Ale připouštím, že by tato data mohla podat ucelenější pohled na dané téma. Pacientka (informant 1) shrnuje získané informace během hospitalizace: „*I když jsem o tý nemoci nic nevěděla, nikdy mě nenapadlo, že budu mít něco se srdcem, tak tady jsem se všechno dozvěděla.*“

Výsledky dotazníkového šetření k otázce srozumitelnosti informací od lékařů a sester přinesly zjištění, že srozumitelnější informace získávali pacienti od sester. Tuto odpověď uvedlo 14 (26,9 %) pacientů, oproti 4 (7,7 %) pacientům, kteří uvedli pouze lékaře. Téměř polovina pacientů (46,2 %) pak srozumitelné informace dostávala od lékařů i sester stejnou měrou. Žádný pacient nevybral odpověď, která vyjadřovala neporozumění nebo neochotu pacientovi informace poskytnout. Tento výsledek odpovídá již publikovaným tvrzením, že pacient většinou naváže bližší vztah se sestrou, ta s ním tráví více času zejména v časném pooperačním období, poskytuje tak prostor i čas na pacientovy případné dotazy nebo objasnění nesrozumitelných pojmů. Jak k roli sestry uvádí Haluzíková (2006a, s. 276): „*...je s nemocným v užším kontaktu...měla by rozpoznat obavy, úzkost a strach u nemocného a doplnit potřebné informace.*“ Pacienti v rozhovorech se shodovali s výsledky dotazníkového šetření. K tématu podotýkali: (informant 1) „*Tak normálně...co je chlopeň, aorta, to jsem věděla, to bylo pro mě to hlavní.*“ Pacient (informant 2) poznamenal: „*...ty lékařský termíny mi zůstávají utajeny.*“ A pacient (informant 3) v nadsázce projevil skepsi k dotazování lékařů: „*Ne všemu jsem asi rozuměl, ale už nějakou zkušenost mám, tak jsem si to dal dohromady...když jsem něčemu nerozuměl, zeptal jsem se sestřiček. Když mi řekly, že se musím zeptat doktora, tak jsem pak přemýšlel, jestli to spíš nenechám (dodal se smíchem).*“

Vhodný způsob podávání informací pacientovi může být podmínkou efektivního zpracování informací. Komunikace zdravotníků může ovlivňovat pacientovo chování a jednání velmi podstatně. Správně vedená komunikace je profesionální dovedností, kterou by mě ovládat každý zdravotnický pracovník. V dotazníkovém šetření jsem se pacientů tázala na jejich hodnocení komunikace zdravotníků během hospitalizace v otázce č. 22. Nejvyšší hodnocení, kde označili pacienti komunikaci jako výbornou (tzn. 1 na škále 1–5), dalo 25 (48,1 %) pacientů. Průměrné hodnocení bylo 1,7. To považuji za velmi dobrý výsledek. K pozitivnímu nálezu se kloní i výsledky rozhovorů. Pacientka (informant 1) uvedla: „*Sestřičky byly moc hodný, pečlivý. Ani se mi odtamtud nechtělo. Byla jsem spokojená, i doktoři hodně chodili každou chvíli na vizitu. Měla jsem soukromí a všichni byli moc ochotní.*“ Pacient (informant 2) vyjádřil také spokojenost s podporou, kterou dostal během komunikace se zdravotníky. „*Co se mnou mluvil lékař i sestřičky, tak jsem se pak uklidnil...Sestřičky jsou tady moc ochotný. Na jednu stranu se člověk těší domů, na druhou stranu, proč by člověk utíkal od takových sestřiček! (dodal se smíchem).*“ Tento pacient pak ještě shrnul svoje zkušenosti a popsal určitý fenomén, který může determinovat celkovou spokojenost s hospitalizací: „*...člověk je rád, že to dopadlo dobře, tak je vlastně nakonec se vším spokojený.*“ Problémem může být nejednoznačnost informací, které pacient dostává. Pacient (informant 3) uvedl: „*U některých doktorů se mi nelíbilo, že se ty informace rozcházel. A že když jsem se ptal znovu, abych si to vyjasnil, moc je nebavilo, mi to zase vysvětlovat, chtěli podepsat (pozn. informovaný souhlas) a moc neřešit.*“ To je velmi znepokojující zpráva, ale vzhledem k výsledku dotazníkového šetření doufám a předpokládám, že je tato zkušenost naprosto výjimečná. Tento pacient pak celkovou podporu zdravotníků shrnul: „*Až na ten začátek jsem byl spokojený, všichni se snažili, pomáhali, když jsem něco potřeboval.*“ Ještě však upozornil na jeden problém, se kterým se občas během své praxe setkávám, a to je obtížná identifikace zdravotnických pracovníků pacienty. Pokud se jim dotyčný zdravotník představí, což v mém šetření potvrdila většina pacientů, pak by neměl být s identifikací problém. Ten ale nastává, pokud se k lůžku vrací a pacient ještě není plně orientovaný. Také, jestliže se zdravotník při komunikaci s pacientem neuvede a nelze ho rozlišit ani podle identifikační visačky či rozdílného oblečení, které je např. na dané klinice na oddělení intenzivní péče pro všechny shodné. „*...všichni vypadali podobně...prostě jsem jen reagoval na otázku a nevěděl, kdo se ptá.*“ Tento poznatek dokonce uvedli i pacienti dotazníkového šetření v poslední otázce, kde se mohli volně vyjádřit k tématu informování pacientů. Tito pacienti uvedli: „*Někdy jsem nevěděl, kdo je kdo*“ a „*přišel zelený pán a ptá se, jak se mám. Vůbec jsem nevěděl, kdo to je.*“ Identifikaci zdravotníků ale nemusí stěžovat jen to, zda se dotyčný řádně představí. Komplikací může být již uvedený zhoršený stav pacienta v pooperačním období, ale také například absence jemu potřebných protetických pomůcek. Tato absence pak může být komunikační bariérou: „*Já ale nevěděl, kdo to byl...navíc nosím brýle a ty jsem neměl, tak jsem i hůř viděl.*“ V případě smyslových vad je důležité umožnit pacientovi použití jeho kompenzačních pomůcek. (Mellanová et al., 2014, s. 74) Považuji takové nepokrytí základních potřeb pacienta i na jednotkách intenzivní péče za profesní chybu. Ovšem okolnosti mohou být polehčující, pacient nemusel zdravotnický personál o své vadě či její závažnosti informovat. Dalším aspektem informovanosti může být pocit spokojenosti, ale i pocitu bezpečí, které je založené na důvěře. Tomuto tématu jsem se věnovala výše, ale chtěla bych zmínit ještě jednu poznámku, kterou uvedl pacient v dotazníkovém šetření: „*Uvítal bych podporu psychologa pro kardiologické pacienty.*“ Psychologická péče je ve zdravotnickém zařízení, ve kterém šetření probíhalo, dostupná. Neznám okolnosti, které pacienta k této poznámce vedly. Můžu jen předpokládat, že u něj nastala nějaká obtížná situace a nedostalo se mu adekvátní podpory. Nevím ale, zda o tuto podporu požádal nebo zda to bylo zjevné pro zdravotnický personál. Pařko konstatuje (In Ptáček et al., 2011, s. 101): „*...porada s psychologem a osobami nemocnému blízkými mu může pomoci řešit svízelnou situaci.*“

Dílčí cíl č. 5: Zjistit, zda existují skupiny pacientů vyžadující specifický přístup při poskytování informací.

V posledním, dílčím cíli se zaměřuji na identifikaci specifických skupin kardiochirurgických pacientů z pohledu podávání informací. Prakticky vyhledáváním takových pacientů se věnuji napříč celou diplomovou prací. Zde se ale soustředím jen na skutečnosti, které vyplynuly z mého výzkumného šetření. Nejlépe mi na tuto otázku odpověděla sekundární analýza dat. Hledala jsem souvislosti zejména v oblasti informovanosti, spolupráce a aktivity pacientů. Vzhledem k typu operačního výkonu jsem žádný významný rozdíl nezaznamenala. Nenašla jsem souvislosti ani u pacientů, kteří byli prvně nebo opakovaně hospitalizováni. Zde jsem očekávala lepší informovanost pacientů vícekrát podstupující hospitalizaci, což se nepotvrdilo. Jak jsem ale již uváděla výše, limitem těchto získaných dat mohlo být podobně jako u otázky č. 29 nejasné vymezení období, ke kterému se otázka vztahovala. Nejvýraznější pak byl náleznost souvislosti vzhledem k věku pacientů a jejich vzdělání. Pacienti, kteří byli pasivní v přístupu k informacím nebo informace neměli, či s nimi neadekvátně pracovali, byli velmi často ve věkové kategorii nad 70 let. Zde bych chtěla zmínit studii Ettema et al. z roku 2014. Ta se zabývala v multicentrickém, smíšeném výzkumu zavedením programu PREDOCS (Decline in Older Cardiac Surgery patients) do praxe. V rámci tohoto programu by mělo dojít k identifikaci starších pacientů se zvýšeným operačním rizikem. Vyhledávání pacientů provádí sestra 2–4 týdny před plánovanou operací. Následně by měli být takoví pacienti předoperačně cíleně edukováni o možnostech snížení rizik. Tato intervence byla doporučena pro zapracování do stávající přípravy pacientů nebo alternativně jako ambulantní forma. (Ettema et al., 2014, s. 342–348) Na druhou stranu ale podobné výsledky vykazovala věková skupina pacientů pod 39 let. Domnívám se, že u mladých pacientů může být obecně tendence k podceňování nemoci a důležitosti opatření s ní souvisejícími. Dále to byli pacienti opět na obou koncích v kategorii vzdělání, výrazněji ale pacienti se základním vzděláním. Mírně horší výsledky jsem zaznamenala u mužů. Ti byli také shledáni pasivnější při vyhledávání informací o zdraví v analýze ČSÚ (ČSÚ, ©2015): *„Přibližně polovina českých žen takto získává informace o zdraví, pro srovnání v mužské populaci je to jen 32,5 %. Ve skupině uživatelů internetu je to dokonce 71 % žen a pouhých 42 % mužů.“* Některé z uvedených skupin popisuje také Vráblík ve svém článku „Jak a proč zlepšit spolupráci s pacienty aneb téma adherence v běžné praxi“. Odkazuje se na data z amerického celonárodního průzkumu, která poukázala na hlavní prediktory v antihypertenzní léčbě. Byli to zejména pacienti mladší 30 let, muži a pacienti s nízkou úrovní vzdělání. (Vráblík, 2014)

Na klinice, kde jsem výzkum uskutečňovala, je nadstandardní příprava věnována pacientům s respiračními nemocemi, kteří již přicházejí ke speciální přípravě indikovaní svými lékaři. Tito pacienti jsou hospitalizováni 2–3 dny před plánovaným výkonem, jsou jim provedena další potřebná vyšetření a poskytnuta specifická příprava k operaci, včetně důsledné edukace v oblasti fyzioterapie. Domnívám se, že podobný program, jako je zmíněný PREDOCS, by byl velmi přínosný i v našich podmínkách. Rozšířil by efektivnější předoperační přípravu na další kategorie rizikových pacientů. Pozornost by zasloužili také pacienti s vyšším rizikem komplikovaného hojení operační rány. V rámci mého šetření jsem zjišťovala, zda pacienti reflektovali důraz na předoperační přípravu dezinfekčními mýdly a zda je použili. Na dotčené klinice je vypracován standard fyzické přípravy pro kardiochirurgické pacienty. Dále jsou pacienti předoperačně informováni a následně po příjmu edukováni o nutnosti provedení speciální přípravy. Výsledky mého šetření přesto nejsou uspokojivé a pacienti přípravu podceňují. Pokud je lepší zapojení pacientů do této přípravy zájmem kliniky, mělo by dojít k hlubšímu prozkoumání problematiky. Další skupinou, na kterou bych ráda upozornila, jsou pacienti, kteří informace vyžadují, ale nejsou

zdravotnickými pracovníky zcela v této potřebě uspokojeni. V mém výzkumném šetření na to poukázal pacient označený jako informant 3, který podotkl: „*U některých doktorů se mi nelíbilo, že se ty informace rozcházely. A že když jsem se ptal znovu, abych si to vyjasnil, moc je ne bavilo, mi to zase vysvětlovat, chtěli podepsat (pozn. informovaný souhlas) a moc neřešit.*“ Je tedy otázkou, zda odborníci jsou připraveni na aktivní pacienty, kteří mají otázky a nestačí jim základní informace. Chtějí diskutovat a prostřednictvím více zdrojů získat na určitou problematiku vlastní názor. Tímto tématem se zabývá celá řada prací. I ve své praxi se setkávám s pacienty aktivními a na druhé straně s nepřipravenými, či neochotnými zdravotníky. Nemusí ani nutně jít o mladší pacienty. Jak upozorňuje Haškovcová (2012, s. 23), existuje riziko u pacientů starších, kde je ale zachována jejich rozumová schopnost: „*Lékaři jsou velmi často překvapeni seniorovou aktivitou a mnohdy na ni reagují podrážděně. Jejich nejčastější výmlouvou bývá poukázání na časovou vytiženost.*“ Osobně si myslím, že paternalistický přístup zdravotníků se mění pouze pozvolna. Jsou situace, které ho jistě vyžadují. Tam je takový přístup oprávněný. Ovšem tam, kde je prostor pro partnerský vztah, je třeba jej praktikovat. Haškovcová (2015, s. 27) konstatuje: „*Proměna paternalismu v partnerství není jednoduchá, a proto není ani ukončená.*“

Další skupinou, která je specifická pro pooperační období, jsou pacienti s výskytem delirantních stavů. Na tuto otázku jsem se konkrétně ve výzkumném šetření nezaměřila, přesto 4 pacienti v dotazníkovém šetření a jeden pacient v rozhovoru tuto zkušenost popsali. U pacientů může být narušeno vnímání informací, paměť a soustředění. Této problematice jsem věnovala prostor výše v diskuzi. Důležité je dodržovat určitá pravidla komunikace s takovými nemocnými. Podle výsledků identifikovaných studií je předpokladem snížení výskytu deliria u pacientů po operaci kvalitní předoperační příprava, včetně informování o možných komplikacích, a snížení úzkostí a obav pacientů.

5.1. Návrhy pro praxi

V této kapitole dle poznatků prostudování teoretických východisek k tématu i na základě mnou provedeného výzkumného šetření předkládám návrhy pro praxi, které si myslím, že by mohly vést k zlepšení informovanosti pacientů na dotčené klinice. Téma informovanosti pacientů je velmi široké a každý z dílčích cílů, které jsem si stanovila, by dle mého názoru zasloužil pozornost v samostatném výzkumu. Zejména považuji za společensky významné prozkoumání fenoménu zdravotní gramotnosti laiků, potencionálních pacientů a téma adherence kardiochirurgických pacientů. Návrhy jsem diskutovala s vedoucími pracovníky kliniky. Nabídla jsem spolupráci při případné realizaci návrhů, ke kterým jsem kompetentní.

1. Vytvořit pozici edukační sestry, která by měla prostor ve spolupráci s dalšími odborníky již pro předoperační intervenci v informování pacientů, vyhledávání rizikových pacientů a případně i jako podpora pacientům v průběhu jejich hospitalizace.

2. Vytvořit vzdělávací materiál pro zdravotnické pracovníky kardiochirurgické kliniky týkající se hlavních témat informovanosti pacientů – předoperační příprava pacientů, informované souhlasy, pooperační bolest, rehabilitace, informace před propuštěním, lázeňská péče, ambulantní kardiorehabilitace. Zaměřit se také na hlavní zásady komunikace s pacientem a komunikační bariéry mezi zdravotníkem a pacientem, a na možnosti poskytnutí psychologické podpory pacientům.

3. Doporučení na opakování podobné studie, případně zaměřené na kliniku vybraná stěžejní témata (např. použití dezinfekčních přípravků). Možností by také bylo zahrnout konkrétní otázky do již používaného dotazníku spokojenosti pacientů.
4. Ve spolupráci s fyzioterapeuty vytvořit informační materiál pro pacienty se zaměřením na předoperační a pooperační rehabilitaci.
5. Doplnit zdroj informací pro kardiochirurgické pacienty daného zdravotnického zařízení v elektronické podobě.
6. Aktualizovat současné informační materiály pro kardiochirurgické pacienty.
7. Zlepšit identifikaci zdravotnických pracovníků.
8. Zvážit poskytnutí mobilních telefonů pacientům i na jednotce intenzivní péče, pokud jsou lucidní a ochotní mobilní telefon používat v režimu, kterým nebudou narušovat chod oddělení ani spolupacienty. Zjistit okolnosti, případně zajistit možnost bezplatného internetového připojení pro hospitalizované pacienty.

6. Závěr

Záměrem mé diplomové práce s názvem „Hodnocení informovanosti pacientů po kardiochirurgické operaci“ bylo zmapovat problematiku informovanosti dospělých pacientů podstupující elektivní kardiochirurgický výkon. Téma je to poměrně široké a vstupuje do něj mnoho proměnných. Pro naplnění hlavního cíle diplomové práce jsem stanovila pět dílčích cílů.

V prvním dílčím cíli jsem se snažila identifikovat deficitní informace pacientů během předoperační přípravy i v pooperačním období. Dle výsledků mého výzkumného šetření pacienti nepociťovali nedostatek informací před nástupem do nemocnice. Přesto ale více než třetina pacientů uvedla, že v pooperačním období nastaly situace, na které se necítili připraveni. Přibližně stejné množství pacientů uvedlo, že se neshodovalo jejich očekávání s průběhem pooperačního období. Dále jsem zjistila deficit informací v předoperační přípravě, konkrétně v použití doporučených dezinfekčních mýdel určených k prevenci infekce v operační ráně. Přestože informace jsou poskytovány písemnou formou před operací dotčenou klinikou, více než třetina pacientů touto informací nedisponovala. Výsledek nebyl uspokojivý ani u těch pacientů, kteří informaci měli. Doporučený postup dodrželo jen 64,7 % z nich. Dále jsem se zaměřila na pooperační bolest pacientů. Informace o pooperační bolesti jsou poskytnuty včasné předoperační přípravě a edukace o bolesti je součástí také poskytované pooperační péče. Výsledky šetření nebyly uspokojivé. Pacienti ve velké míře počítají s bolestí, na druhou stranu ale většinou informují zdravotnický personál o jejím výskytu. Některé odpovědi však vykazovaly znaky bagatelizace bolesti či nedostatečné řešení bolesti ze strany zdravotnických pracovníků. Eliminaci nebo alespoň minimalizaci bolesti přitom považují za jeden ze základních úkolů dobře zvládnutého pooperačního období, jehož důležitou součástí je spolupráce s informovaným pacientem. Další zkoumanou oblastí byla pooperační rehabilitace. Důležitost časně pooperační rehabilitace pro rychlejší rekonvalescenci potvrzuje řada provedených studií. Pacienti na klinice, kde probíhalo výzkumné šetření, jsou již předoperačně edukováni fyzioterapeuty a v pooperačním období dochází k upevňování znalostí a dovedností v oblasti pooperační rehabilitace. Přesto téměř 33 % pacientů zcela neznalo důvody rehabilitace tělesné a důvody rehabilitace respirační až 44 % pacientů. Především se jednalo o pacienty starší 60 let. Bylo by žádoucí vytvořit podmínky pro efektivnější informování a edukaci kardiochirurgických pacientů v oblasti rehabilitace. Dále pacienti ve většině případů měli informaci o jménech ošetřujících zdravotnických pracovníků. Projevil se i pozitivní vztah mezi touto znalostí a mírou důvěry, kterou pacienti vůči zdravotníkům uváděli. Přesto pacienti upozornili na problém, se kterým se často na tomto pracovišti setkávám, a to je obtížná identifikace zdravotníků pacienty. Informace během celého období hospitalizace nechyběly pacientům téměř v 60 %. Výsledky ukázaly na oblasti, které by mohly být problematické. A to jsou informace o pobytu v nemocnici, plánu péče, zdravotním stavu a o plánované operaci. Pacienti se také vyjadřovali k absenci podrobnějších informací pro pacienty na internetových stránkách nemocnice a nedostupnosti psychologické péče pro kardiochirurgické pacienty.

V druhém, dílčím cíli jsem zjišťovala, jak hodnotí informovanost na daném pracovišti samotní pacienti. Informovanost během současné hospitalizace hodnotili pacienti v 82,7 % případů velmi dobře a výborně. Srovnání s předchozími hospitalizacemi, ke kterému se vyjadřovalo 44 pacientů (vyjmuti byli pacienti prvně hospitalizovaní), obstálo také, celkem 86,4 % z nich uvedlo, že informace byly lepší, než v předchozích zkušenostech nebo srovnatelné a dobré. Jak jsem již zmínila v diskuzi, limitací otázky bylo nespecifikování období, se kterým měli respondenti porovnávat. Výsledek tedy nelze považovat za zcela objektivní.

V třetím, dílčím cíli jsem si stanovila zjistit, zda má informovanost pacienta vliv na jeho spolupráci. Aktivní účast pacientů při poskytování zdravotní péče je velmi důležitá. Ve vztahu k informacím je tato aktivita vyjádřena určitou informační potřebou. Dle výsledků výzkumného šetření mohu konstatovat, že pacienti byli spíše aktivní a ve většině případů se snažili o spolupráci se zdravotníky. Zjistila jsem, že nižší spolupráci a aktivitu vykazují zejména pacienti starší 60, resp. 70 let, ale v menší míře také mladší 39 let. Dále také pacienti s nejnižším stupněm vzdělání. Významným faktorem k aktivnímu zapojení pacientů do zdravotní péče je porozumění zdravotnímu problému a principům léčebných opatření. Nejvýrazněji se tento fakt projevil v otázce pooperační rehabilitace. Pacienti, kteří znali důvody pooperační rehabilitace, se následně téměř v 83 % případů snažili do jejího provádění aktivně zapojit. O něco méně výrazná souvislost byla prokázána i u respirační rehabilitace.

Ve čtvrtém, dílčím cíli jsem si stanovila zjistit, jaké faktory ovlivňují informovanost pacienta. Faktorům, které mohou ovlivňovat informovanost pacientů, jsem se věnovala obsáhle také v teoretické části diplomové práce. Z hlediska výsledků výzkumného šetření považuji za důležité zdroje, jež pacienti využívají, dále formu podávání informací, srozumitelnost informací a komunikaci zdravotnických pracovníků s pacienty. Jako nejčastější zdroj před hospitalizací uváděli pacienti více než v 90 % lékaře, který je k operaci indikoval. To je ideální stav. Pacient tak dostane relevantní informace a ty si případně může doplnit. Kvalita podaných informací lékařem může mít vliv na potřebu pacienta vyhledávat informace z jiných zdrojů. Dalším významným zdrojem byla příjmová ambulance, která se podílela na předoperační informovanosti z 53,8 %. Pacientům jsou předoperačně zaslány tištěné informační materiály vztahující se k nástupu do nemocnice i s kontaktem na sestru z příjmové ambulance, která je k dispozici v případě nesrovnalostí nebo dotazů pacientů. Přes 20 % pacientů označilo jako další zdroj jiné, bývalé pacienty, kteří jim poskytli vlastní zkušenost s operací, hospitalizací. Poslední, významný zdroj byl pro 17,3 % pacientů internet. Několik pacientů pak označilo informace pro pacienty na internetových stránkách nemocnice jako nedostatečné. Během hospitalizace považovali pacienti za nejprínosnější zdroj informací lékaře (42,3 %), sestru (32,7 %), dále se větší mírou podíleli na informovanosti pacientů jejich příbuzní. Informace od sester jsou pro pacienty srozumitelnější, než od lékařů. V otázce informací od anesteziologů se však pacienti vyjádřili v 88,1 %, že dostali srozumitelné informace. Tento velmi dobrý výsledek může být ovlivněn také faktem, že 69,2 % pacientů uvedlo, že čtou informovaný souhlas nebo že ho čtou většinou. Seznámí se tak s informacemi v něm obsaženými ještě před danou konzultací s lékařem. Vyšší pravděpodobnost, že pacienti informovaný souhlas nečetli, se projevil u věkové kategorie pod 39 let a nad 70 let. Problémem dále může být nejednoznačnost informací, na které upozornil jeden z pacientů. Dalším faktorem, který může ovlivňovat informovanost, ale také motivaci pacienta spolupodílet se na zdravotní péči, je komunikace zdravotníků vůči pacientům. Komunikaci hodnotili pacienti na dané klinice pozitivně. V dotazníkovém šetření označila nejvyšší hodnocení téměř polovina pacientů a spokojenost s komunikací zdravotníků, jejich ochotou a podporou projevovali většinou i pacienti v rozhovorech.

Posledním, dílčím cílem bylo zjistit, zda existují skupiny osob, které vyžadují specifický přístup v podávání informací. Touto otázkou jsem se zabývala napříč celou diplomovou prací. Z výsledků výzkumu jednoznačně vyplynula skupina pacientů starších 60, resp. 70 let, kteří neměli dostatek informací, ale ani nevyvíjeli aktivitu k jejich získání. Toto zjištění jsem předpokládala. V menší míře se souvislost projevila i u pacientů mladší 39 let. Pasivněji také vystupovali muži oproti ženám a pacienti s nižším stupněm vzdělání. Geriatrickým pacientům se věnuji podrobně v samostatné kapitole teoretické části diplomové práce. Řada studií a publikací se zabývá

problematikou komunikace a podávání informací starším pacientům. Je popisována také skupina tzv. křehkých pacientů, kteří jsou hůře adaptabilní a snadno se mohou stát závislými na péči druhých. Pokud je podávání informací přizpůsobené momentálnímu stavu pacienta, jeho skutečným schopnostem a možnostem, může být získání informovaného pacienta i staršího věku reálné. Ideální je pak zapojit do spolupráce rodinu pacienta. Existují také nástroje, jako např. výše zmiňovaný program PREDOCS k vyhledávání starších pacientů s vyšším operačním rizikem, jehož cílem je právě snížení rizik spojených s operací včasnou intervencí. V souvislosti s výsledkem šetření by bylo vhodné se dále zaměřit na efektivnější přípravu pacientů, zejména vzhledem k doporučení použít již předoperačně mýdla s dezinfekčním účinkem. K hlubšímu prozkoumání problematiky by bylo třeba provést další výzkum, zejména podepřít teorii jejich účinnosti. Dle odpovědí pacientů v kvalitativním šetření pacienti mýdla nepoužili z finančních důvodů a také z pocitu nepotřebnosti takové přípravy. Existují skupiny pacientů s vyšším rizikem hojení operačních ran. Zde by bylo žádoucí identifikovat takové jedince předoperačně a poskytnout jim patřičnou podporu a informace také pro kvalitní fyzickou přípravu. Dále vzhledem k výbornému výsledku spolupráce pacientů se znalostí důvodů rehabilitace by bylo vhodné zvýšit informovanost pacientů již předoperačně, ideálně poskytnout informační materiál ještě před setkáním s fyzioterapeutem. Vycházím také z poznatků provedených studií (např. Strassle, 2011), které popisují vliv poskytnutí informačních materiálů před určitou diskuzí na snazší pochopení souvislostí a také lepší spolupráci se zdravotníky. Účelné by pak bylo aktivní vyhledávání pacientů s respiračním rizikem a snaha o jejich cílenou předoperační přípravu např. ambulantní formou. V současnosti jsou na klinice připravováni speciálně jen pacienti přicházející již indikováni specialisty. V neposlední řadě jsou specifickou skupinou pacienti, u kterých se projeví v pooperačním období delirantní stav. Ten může determinovat také to, jakým způsobem pacient s informacemi pracuje. Tito pacienti představují velkou výzvu pro zdravotníky. Je ale nutný profesionální přístup vůči těmto nemocným a znalost správných komunikačních metod.

Kardiovaskulární choroby jsou stále na nejvyšším stupni příčin úmrtí žen i mužů v ČR. Je to také nejčastější důvod jejich hospitalizace. I v rámci celosvětového či evropského srovnání se pohybuje mezi státy s nejvyšším výskytem těchto nemocí. (ÚZIS, 2017) Cíli Národního kardiovaskulárního programu, který vypracovala Česká kardiologická společnost s dalšími odbornými společnostmi, je mimo jiné koordinace a usměrňování odborníků i samotných občanů ke snížení mortality a morbidit na kardiovaskulární choroby. V dokumentu je dále uvedeno (Česká kardiologická společnost, ©2013): „Každý občan odpovídá za své zdraví. Ke svému rozhodování má právo získat úplné informace o svém zdravotním stavu i o opatřeních vhodných k jeho zlepšení nebo udržení.“ Aktivní, informovaný občan, který je odpovědný za své zdraví, je jedním ze základních předpokladů zlepšení zdravotní péče. (Česká kardiologická společnost, ©2013)

V duchu těchto snah o získání informovaných pacientů, schopných aktivně se zapojit do systému zdravotní péče, jsem pracovala i na předložené diplomové práci. Jejím hlavním cílem bylo zmapovat informovanost pacientů na kardiokirurgickém oddělení, identifikovat problematické oblasti a navrhnout jejich řešení. Každé zdravotnické zařízení bude mít vypracován svůj plán pro získání informovaného pacienta. To je jistým limitem mé diplomové práce. Na základě výsledků výzkumného šetření jsem vypracovala návrhy pro vedení kliniky. Předpokládám, že jejich zavedenílepší informovanost pacientů na dotčeném pracovišti, což byla má hlavní motivace pro provedení tohoto výzkumného šetření.

7. Seznam použité literatury

1. ANDERSON, Lindsey a Rod S. TAYLOR. *Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews*. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 1996, 2014-12-12 [cit. 2018-01-28]. DOI: 10.1002/14651858.CD011273.pub2. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011273.pub2/pdf>
2. BARTŮNĚK, Petr et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra. ISBN 9788024743431.
3. BERG, Almuth et al. *Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial [NCT00151554]*. BMC Nursing [online]. 2006, 5(1), - [cit. 2017-01-09]. DOI: 10.1186/1472-6955-5-4. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/7254778>
4. BLAŽEK, Martin, Eduard HAVEL a Eva BĚLOBRÁDKOVÁ. *Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta*. Interní medicína pro praxi, 2012, roč. 14, č. 11, s. 422-428. ISSN: 1212-7299.
5. BOTÍKOVÁ, Andrea a Ľubica ILIEVOVÁ. *Úroveň informovanosti pacientů o jejich právech*. Praha: Sestra, 2009, roč. 19, č. 6, s. 27-28. ISSN: 1210-0404.
6. COGAN, Jennifer et al. *Patient Attitudes and Beliefs Regarding Pain Medication after Cardiac Surgery: Barriers to Adequate Pain Management*. Pain Management Nursing [online]. 2014, 15(3), 574-579 [cit. 2018-02-21]. DOI: 10.1016/j.pmn.2013.01.003. ISSN 15249042. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904213000192>
7. COOK, J. David. *Patient education self-management during surgical recovery: combining mobile (iPad) and a content management system*. Telemedicine Journal And E-Health: The Official Journal Of The American Telemedicine Association [online]. 2014, 20(4), 312-7 [cit. 2018-03-05]. DOI: 10.1089/tmj.2013.0219. ISSN 15563669.
8. CULLEN, Rowena. *Empowering patients through health information literacy training*. Library Review [online]. 2005, 54(4), 231-244 [cit. 2018-02-21]. DOI:10.1108/00242530510593425. ISSN 0024-2535. Dostupné z: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/00242530510593425>
9. ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST [ČKS]. *Národní kardiovaskulární program*. Česká kardiologická společnost [online]. ©2017 [cit. 2017-12-20]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/narodni-kardiovaskularni-program-559/>
10. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. *Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci*. In: Český statistický úřad [online]. ©2015. [cit. 2016-05-20] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyuzivani-informacnich-a-komunikacnich-technologii-v-domacnostech-a-mezi-jednotlivci-v-roce-2015>

11. ČIHÁK, Robert a Petr HEINC. *Doporučení pro léčbu pacientů s fibrilací síní*. Cor et vasa. 2004, **46**(5). ISSN 0010-8650. Dostupné z: http://www.kardio-cz.cz/data/upload/Doporuceni_pro_lecibu_pacient_s_fibrilaci_sini_2004.pdf
12. ČOČEK, Daniel et al. *Kardiochirurgické operace v pokročilém věku. Kde je hranice vysokého rizika?*. Praktický lékař. 2007, **87**(7), 418-420. ISSN 0032-6739.
13. ETTEMA, Roelof, Marieke et al. *Feasibility of a nursing intervention to prepare frail older patients for cardiac surgery: A mixed-methods study*. European Journal of Cardiovascular Nursing [online]. 2015, **14**(4), 342-351 [cit. 2018-03-23]. DOI: 10.1177/1474515114535511. ISSN 1474-5151. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1474515114535511>
14. FRANCO, Lúcia Maciel de Castro, Gláucia Fernandes COTA, Tatiana Saraiva PINTO a Flávia Falci ERCOLE. *Preoperative bathing of the surgical site with chlorhexidine for infection prevention: Systematic review with meta-analysis*. American Journal of Infection Control [online]. 2017, **45**(4), 343-349 [cit. 2017-12-20]. DOI: 10.1016/j.ajic.2016.12.003. ISSN 01966553. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S019665531631094X>
15. FRANTOVÁ, Libuše. *Katastrofální nedostatky. Profesor Pirk zcela otevřeně o českém zdravotnictví*. Parlamentní listy [online]. Praha, 2017 [cit. 2017-10-10]. Dostupné z: <https://www.parlamentnilisty.cz/arena/rozhovory/Katastrofalni-nedostatky-Profesor-Pirk-zcela-otevrene-o-ceskem-zdravotnictvi-489222>
16. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v práci sestry*. Sestra (Praha), 2003, roč. 13, č. 1, s. 14-16. ISSN: 1210-0404.
17. GARDEN, Randa Lumsden a William J. SEILER. *Serious Illness Conversations With Doctors: Patients Using Information Obtained From Sources Other Than Their Doctors*. Health Communication [online]. 2016, **32**(1), 22-31 [cit. 2018-01-21]. DOI: 10.1080/10410236.2015.1092061. ISSN 1041-0236. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2015.1092061>
18. GUO, Ping. *Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials*. Journal of Clinical Nursing [online]. 2015, **24**(1-2), 34-46 [cit. 2017-09-22]. DOI: 10.1111/jocn.12618. ISSN 09621067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12618>
19. HÁLA, Martin. *Ošetrovatelská péče u pacienta s pooperačním deliriem*. Florence (Praha), 2011, roč. 7, č. 12, s. 18-21. ISSN: 1801-464X.
20. HALUZÍKOVÁ, Jana. *Informovaný pacient - spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, Roč. 2, č. 7, s. 276-280. ISSN: 1801-1349.
21. HALUZÍKOVÁ, Jana. *Úroveň podávání informací z pohledu pacienta*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, Roč. 2, č. 10, s. 412-413. ISSN: 1801-1349.
22. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. vyd. Praha: Galén, 2015. 225 s. ISBN: cnb002755935; 978-80-7492-204-6.

23. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Senioři se neumějí lékaře ptát, ale ani to nechťejí*. Zdravotnické noviny (Ambit Media), 2012, roč. 61, č. 23, s. 8. ISSN: 0044-1996.
24. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017*. 10. vyd., 1. české vyd.. Praha: Grada, 2015. 439 s. ISBN: 978-80-247-5412-3.
25. HINKOVÁ, Dagmar. *Vliv osobnosti zdravotnického personálu na pacienta v chirurgické intenzivní péči*. Jihlava, 2017. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií.
26. HOLČÍK, Jan. *Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví* [online]. Praha, seminář. 2015, s. 1-130 [cit. 2017-01-02].
Dostupné z: http://www.cls.cz/dokumenty/sem_role_zdravotni_gramotnosti.pdf
27. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. In: *Výchova ke zdraví: podněty ke vzdělávacím oblastem: škola a zdraví pro 21. století, 2011*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011, s. 9-17. ISBN: 978-80-210-5533-9.
Dostupné z <http://docplayer.cz/30669168-Skola-a-zdravi-21-2011-vychova-ke-zdravi-podnety-ke-vzdelavacim-oblastem.html>
28. HOŠKOVÁ, Pavlína. *Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků*. Praha: Sestra, 2010, roč. 20, č. 2, s. 28-29. ISSN: 1210-0404.
29. IVARSSON, Bodil et al. *Patients perceptions of information about risks at cardiac surgery. Patient education and counseling*. Princeton: Excerpta Medica. [online]. 2007, 6. 67(1-2):32-38. [cit. 2017-09-12]. ISSN 0738-3991.
Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/07383991>
30. JAROŠOVÁ, Darja et al. *Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Praha: Iga MZ ČR, 2012. 2 sv. + 1 CD-ROM. Číslo grantové zprávy: NS9761.
31. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
32. KALÁB, Martin. *Perioperační péče o pacienta v kardiouchirurgii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 243 s. ISBN: cnb002462574; 978-80-7013-557-0
33. KALVACH, Zdeněk a Petr WIJA. *Potřeby a ohrožení křehkých starých lidí*. In: *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 80-84. ISBN: 978-80-247-4026-3; cnb002265027.
34. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN: 978-80-247-1830-9.
35. *KARDIOCHIRURGIE: Budoucnost* [online]. Praha: Kardiouchirurgie, MeDitorial [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <https://www.kardiouchirurgie.cz/budoucnost>

36. KAREL, Ivan a Hana SKALICKÁ. *Kardiovaskulární rehabilitace u nemocných po chirurgické revaskularizaci myokardu*. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2009, **8**(4), 186-190. ISSN 1213-807X.
Dostupné také z: <http://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2009/04/06.pdf>
37. KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén, c2009, 480 s. ISBN: 978-80-7262-604-5.
38. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
Dostupné z: http://toc.nkp.cz/NKC/201006/contents/nkc20102105014_1.pdf
39. KOUKOLÍK, František. *Sociální mozek: evoluce a neuronální podklady*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2016. 308 s. ISBN: 978-80-246-2850-9.
40. KOUKOLÍK, František. *Základy kognitivní, afektivní a sociální neurovědy*. *Praktický lékař*. 2012, **92**(6), 311-316. ISSN 0032-6739.
Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>
41. KUBŮ, Pavel. *Informační zdroje pro pacienty*. In: *MEDSOFT 2007: sborník příspěvků*. Praha: Dům techniky ČSVTS, 1989-2007, s. 119-123. ISSN: cnb001577313.
42. KUČERA, Zdeněk, Jürgen PELIKAN a Alena ŠTEFLOVÁ. *Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření*. *Časopis lékařů českých*, 2016, roč. 155, č. 5, s. 233-241. ISSN: 0008-7335.
43. LEE, Jeewon et al. *Perioperative psycho-educational intervention can reduce postoperative delirium in patients after cardiac surgery: a pilot study*. *International Journal Of Psychiatry In Medicine* [online]. 2013, **45**(2), 143-58 [cit. 2017-12-10]. ISSN 00912174. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=23977818&scope=site>
44. MÁLEK, Jiří a Jiří ŠIMEK. *Základy komunikace anesteziologa s pacientem a příbuznými*. *Anesteziologie a neodkladná péče*. 2000, **11**(6), 279-282. ISSN 0862-4968.
45. MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ, a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.
46. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.
47. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR]. *Strategický cíl 1. zvýšení zainteresovanosti občana na péči o vlastní zdraví*. In: *Národní strategie elektronického zdravotnictví*. [online] ©2016. [cit. 2016-10-12] Dostupné z: http://nsez.mzcr.cz/dokumenty/sc1_12529_31.html
48. NĚMEJCOVÁ, Veronika, Michaela JOACHIMSTHÁLOVÁ a Anna POLÁKOVÁ. *Ošetřování operačních ran v kardiochirurgii - specifika péče o sternotomickou ránu*. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010, **6**(2), 13-14. ISSN 1801-1349.

49. O'BRIEN, Lisa et al. *Pre-surgery education for elective cardiac surgery patients: A survey from the patient's perspective*. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2013, **60**(6), 404-409 [cit. 2018-02-21]. DOI: 10.1111/1440-1630.12068. ISSN 00450766. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1440-1630.12068>
50. PILER, Pavel a Petr FILA. *Aneuryzma hrudní aorty*. *Kardiologická revue*. 2008, **10**(1), 18-25. ISSN 1212-4540. Dostupné z: http://www.kardiologickarevue.cz/pdf/kr_08_01_05.pdf
51. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. Vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN: 80-7013-440-2.
52. POPELOVÁ-RUBÁČKOVÁ, Jana. *Srdeční vrozené vady v dospělosti*. *Kardiologická revue – Interní medicína*. 2015, **17**(4), 315-321. ISSN 2336-288x. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/kardiologicka-revue-clanek/srdecni-vrozene-vady-v-dospelosti-56862>
53. PŘÍBRAMSKÁ, Ivana. *Úvod do informačního chování* [online]. Praha: Ústav informačních studií a knihovnictví v Praze, 2008 [cit. 2016-11-25]. Dostupné z: http://sites.ff.cuni.cz/uisk/wp-content/uploads/sites/62/2016/01/Úvod-do-informačního-chování_Příbramská.pdf
54. PTÁČEK, Radek et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
55. PTÁČEK, Radek et al. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.
56. RAITER, Tomáš. *O projektu. Hodnocení nemocnic* [online]. Tomáš Raiter, ©2010. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>
57. RÁKOSOVÁ, Andrea. *Hodnocení kvality pooperační analgetické péče*. Praha, 2016. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství.
58. REISER, M. et al. *Effect of pre-operative octenidine nasal ointment and showering on surgical site infections in patients undergoing cardiac surgery*. *Journal of Hospital Infection* [online]. 2017, **95**(2), 137-143 [cit. 2018-04-24]. DOI: 10.1016/j.jhin.2016.11.004. ISSN 01956701. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S019567011630528X>
59. ROHLÍKOVÁ, Lucie a Jana VEJVODOVÁ. *Vyučovací metody na vysoké škole: praktický průvodce výukou v prezenční i distanční formě studia*. Praha: Grada, 2012. 288 s. ISBN 978-80-247-4152-9.
60. ROKYTA, Richard a Cyril HÖSCHL, ed. *To nejlepší ze současné české medicíny*. Praha: Axonite, 2016. Axonite review. ISBN 978-80-88046-10-3.

61. SANTOS, P. et al. Systematic review: *Effects of early mobilisation in patients after cardiac surgery*. *Physiotherapy* [online]. 2017, **103**(1), 1-12 [cit. 2018-04-08]. DOI: 10.1016/j.physio.2016.08.003. ISSN 00319406.
62. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN: cnb002633298; 978-80-247-4414-8.
63. SIMPSON, Scot H. *A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality*. *BMJ* [online]. 2006, **333**(7557), 15-0 [cit. 2017-09-25]. DOI: 10.1136/bmj.38875.675486.55. ISSN 0959-8138.
Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.38875.675486.55>
64. SOVOVÁ, Eliška et al. *Pamatují si naši pacienti rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění?* *Praktický lékař*. 2010, **90**(2), s. 90-92. ISSN 0032-6739.
65. STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV [SÚKL]. *Tiskové zprávy k činnosti SÚKL: Průzkum SÚKL odhalil, kde lidé nejčastěji získávají informace o lécích* [online]. ©2017 [cit. 2018-02-21]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/sukl/pruzkum-sukl-odhalil-kde-lide-nejcasteji-ziskavaji-informace>
66. STODOLOVÁ, Paulína a Jana VELIČOVÁ. *Specifika komunikace s tracheostomovaným pacientem*. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2011, roč. 7, č. 6, s. 32. ISSN: 1801-1349.
67. SVEJKOVSKÝ, Jaroslav (ed.), Petr VOJTEK (ed.) a Lenka TESKA ARNOŠTOVÁ. *Zdravotnictví a právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2016, 453 s. ISBN: 978-80-7400-619-7.
68. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN: cnb002345548; 978-80-7262-845-2.
69. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN: cnb002174199; 978-80-247-3223-7.
70. ŠETINA, Marek et al. *Přehled vybraných kardiochirurgických operací v České republice 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014, 42 s. ISBN 978-80-7472-092-5. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/prehled-vybranych-kardiochirurgickych-operaci-cr>
71. ŠEVČÍK, Pavel a Ivo KŘÍKAVA. *Pooperační bolest*. *Urologické listy*. 2007, **5**(2), 5-13. ISSN 1214-2085. Dostupné také z: http://www.urologickelisty.cz/pdf/ul_07_02_01.pdf
72. ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Úskali poučení pacienta sestrou*. *Pediatric pro praxi*, 2015, roč. 16, č. 1, s. 62-63. ISSN: 1213-0494.
73. STRAESSLE, Rebekka et al. *Is a pre-anaesthetic information form really useful?* *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* [online]. 2011, **55**(5), 517-523 [cit. 2018-02-12]. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2011.02422.x. ISSN 00015172.
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-6576.2011.02422.x>
74. ŠTÁSEK, Josef, Petr NĚMEC a Jiří VÍTOVEC. *Souhrn Doporučených postupů Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu onemocnění aorty z roku 2014*.

- Připraven Českou kardiologickou společností. *Cor et Vasa* (Brno), 2015, roč. 57, č. 4, s. 455-476. ISSN: 0010-8650. DOI: 10.1016/j.crvasa.2015.05.001.
75. ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. Vyd. Praha: ASPI, 2007, 243 s. ISBN: 978-80-7357-268-6.
 76. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.
 77. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN: cnb002588462; 978-80-7387-785-9.
 78. URBÁNEK, Karel et al. *Informovanost, percepce rizik a compliance pacientů užívajících warfarin*. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2008, **22**(1), 6-10. ISSN 1212-7973. Dostupné také z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2008/01/02.pdf>
 79. VEDROVÁ, Tereza. *Možnosti fyzioterapeutické intervence u pacientů před kardiochirurgickým zákrokem*. Praha, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství.
 80. VÍTOVEC, Jiří, Lenka ŠPINAROVÁ a Jindřich ŠPINAR. *Sekundární prevence po infarktu myokardu - režimové a farmakologické postupy*. *Interní medicína pro praxi*. 2011, **13**(5), 202-204. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/archiv.php>
 81. VRABLÍK, Michal. *Jak a proč zlepšit spolupráci s pacienty aneb téma adherence v běžné praxi*. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře, 2014, roč. 6, č. 3, s. 97-100. ISSN: 1803-7542.
 82. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN: 80-7178-998-4.
 83. VYČÍTALOVÁ, Anna. *Informační gramotnost ve zdravotnictví se zaměřením na rozvoj informační gramotnosti pacientů*. *Knihovna* [online]. 2012, roč. 23, č. 2, s. 5-21 [cit. 2017-02-21]. ISSN 1801-3252. Dostupný z <http://knihovna.nkp.cz/knihovna122/vycit.htm>.
 84. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
 85. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
 86. VYMAZAL, Tomáš et al. *Anestezie a pooperační péče v hrudní chirurgii*. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3755-6.
 87. Warfarin Orion: *Praktické tiskoviny pro pacienty*. [online]. Orion Pharma ©2017 [online]. [cit. 2017-03-05]. Dostupné z: <http://www.warfarin.cz/cs/prakticke-tiskoviny-pro-pacienty.html>
 88. WATZLAWICK, Paul, BAVELAS, Janet Beavin a JACKSON, Don D. *Pragmatika lidské komunikace: interakční vzorce, patologie a paradoxy*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999, 283 s. ISBN: 80-86088-04-9.

89. WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. české. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1714-X.
90. WU, Benjamin. *Does Perioperative Smoking Cessation Improve outcomes?* Clinical Correlations [online]. 2012, 6. [cit. 2018-02-12]. Dostupné z: <https://www.clinicalcorrelations.org/?p=5115>
91. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN: cnb002223481; 978-80-247-4062-1.
92. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. + 1 CD-ROM. ISBN: 978-80-247-2068-5.
93. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.
94. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
95. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
96. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.
97. ZAMYKALOVÁ, Lenka a Jiří ŠIMEK. *Informovaný souhlas v praxi na českých klinikách*. Praktický lékař, 2007, Roč. 87, č. 7, s. 406-413. ISSN: 0032-6739.

Seznam zkratek

ACB aorto-koronární bypass

ECMO extracorporeal membrane oxgenation

ČR Česká republika

ČSÚ Český statistický úřad

ICHS ischemická choroba srdeční

INR international normalized ratio

KOP Kvalita očima pacientů

MZ ČR Ministerstvo zdravotnictví ČR

NANDA North American Nursing Diagnosis Association

PREDOCS Decline in Older Cardiac Surgery patients

SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv

UPV umělá plicní ventilace

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

VSV vrozené srdeční vady

Seznam grafů

Graf 1 Věková struktura respondentů	48
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	48
Graf 3 Operační výkony	49
Graf 4 Deficit informací před hospitalizací.....	50
Graf 5 Srozumitelnost informací od anesteziologa	52
Graf 6 Srozumitelnost informací od zdravotníků	56
Graf 7 Představení ošetřujícího lékaře respondentovi	56
Graf 8 Představení ošetřující sestry respondentovi	57
Graf 9 Důvěra vůči zdravotníkům	57
Graf 10 Potřeba informací v elektronické podobě.....	60

Seznam tabulek

Tabulka 1 Kardiochirurgické operace v roce 2012.....	32
Tabulka 2 Zdroj informací před operací.....	49
Tabulka 3 Informovaný souhlas	51
Tabulka 4 Analýza k otázce č. 7: odpovědi „Nečetl/a, stačilo ústní seznámení s obsahem“ ve vztahu k věku.....	51
Tabulka 5 Nečekané situace v pooperačním období.....	52
Tabulka 6 Pooperační bolest.....	53
Tabulka 7 Analýza k otázce č. 11: Odpovědi „ano“ ve vztahu ke vzdělání.....	53
Tabulka 8 Analýza k otázce č. 13: Odpověď „ne“ a „nevím přesně“ ve vztahu k věku	53
Tabulka 9 Přístup k pooperační rehabilitaci	54
Tabulka 10 Analýza k otázkám č. 13 a č. 14: Odpovědi „ano, znal“ na otázku č. 13	54
Tabulka 11 Analýza k otázce č. 15: Odpověď „ne“ a „nevím přesně“ ve vztahu k věku	54

Tabulka 12 Přístup k dechové rehabilitaci.....	55
Tabulka 13 Analýza k otázkám č. 15 a č. 16: Odpovědi „ano, znal“ na otázku č. 15	55
Tabulka 14 Očekávání versus realita v pooperačním období	55
Tabulka 15 Komunikace zdravotníků	58
Tabulka 16 Postoj k informacím o zdraví	59
Tabulka 17 Chybějící informace během hospitalizace	59
Tabulka 18 Zdroj informací během hospitalizace.....	59
Tabulka 19 Hodnocení informovanosti	60
Tabulka 20 srovnání poskytování informací.....	61

Seznam obrázků

Obrázek 1: Dalův kužel zkušenosti	24
---	----

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o stanovisko etické komise

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Příloha č. 3: Schéma témat pro rozhovory

Příloha č. 4: Dotazník

Příloha č. 1 Žádost o stanovisko etické komise

ŽÁDOST O STANOVISKO ETICKÉ KOMISE K VÝZKUMNÉMU PROJEKTU

REQUEST FOR OPINION OF THE ETHICS COMMITTEE ON RESEARCH PROJECT

Název projektu a stručně cíl projektu / *Full Title of the Project and short message:*

Číslo protokolu / *Protocole Code Number:*

Číslo EudraCT / *EudraCT Number:*

Žadatel (Příjmení, Jméno, Titul, Instituce) / *Applicant (Surname, Name, Title, Institution):*

Zadavatel (Název, Adresa) / *Sponsor (Name, Adress):*

Projekt má charakter klinického hodnocení léku - nutno doložit žádost na SUKL, pojištění studie

Project has the characteristics of clinical trial on human medicinal product-regulatory body approval and insurance required

Projekt má charakter experimentu na zvířeti - je nutno požádat o stanovisko veterinární etické komise

Project has the characteristics of animal trial - opinion of EC for animal trials required

Jedná se o klinickou intervenční studii (vyšetření navíc, odběr navíc, randomizace, užití placebo apod.)

The characteristics of the trial is interventional (extra samples, diagnostics procedure, randomisation or use of placebo)

Jedná se o běžný, neintervenční postup - observační studie / *The study is non-interventional (observative)*

Datum podání / *Date of Notification:*

Příloha č. 2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pacienta se zařazením do výzkumného šetření

Vážený pane/ Vážená paní,

v rámci mé diplomové práce s názvem „Hodnocení informovanosti pacientů po kardiochirurgické operaci“ si Vás dovoluji oslovit a požádat o spolupráci při sběru dat do její výzkumné části.

Součástí hodnocení výzkumu bude i hodnocení na základě rozhovorů s pacienty. Chtěla bych především zjistit, zda se cítíte dostatečně informovaný/á během současné hospitalizace, jaké zdroje informací jsou pro Vás nejcennější a jaké informace Vám během hospitalizace naopak chyběly.

Vaše účast při sběru dat je zcela dobrovolná a můžete kdykoli odstoupit. Nemusíte odpovídat na všechny otázky, je zcela na Vás, jaké informace a zkušenosti v rozhovoru sdělíte. V průběhu rozhovoru bude pořízen audiozáznam, který slouží jako nástroj pro pozdější přepis rozhovoru do textové podoby. Nahrávání může být na Vaši žádost kdykoli přerušeno. Záznam bude sloužit pouze pro potřeby výzkumu a po zpracování dat bude vymazán. Vámi poskytnuté informace budou důvěrné a anonymní. Pokud budou části rozhovoru citovány v publikovaných materiálech, budou takové citace vždy anonymní a nebudou spojovány s Vaším jménem z důvodu ochrany Vaší osoby a Vašeho soukromí.

Svým podpisem souhlasíte se zařazením do výzkumu a pořízením audiozáznamu. Pokud budete mít jakékoli dotazy, uveďte je níže v poznámkách, nebo přímo osobně před realizací výzkumu.

Poznámka k souhlasu:

.....
.....
.....
.....

datum

podpis

Příloha č. 3 Schéma témat pro rozhovory

Rozhovor s pacienty

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Lomozová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Specializace ve zdravotnictví obor Intenzivní péče na 1.lf UK v Praze. Píši diplomovou práci na téma „Hodnocení informovanosti pacientů po kardiochirurgické operaci“. Jedním z mých úkolů je zjistit, zda se cítíte dostatečně informovaný(á) během současné hospitalizace, jaké zdroje informací jsou pro Vás nejcennější a jaké informace Vám chybí.

Rámcové otázky rozhovoru

Úvod a sociodemografické údaje

Jak si přejete být osloven/a?

Nyní Vás prosím o krátké představení, uveďte Váš věk, důvod Vaší hospitalizace, zda se jedná o první nebo opakovanou hospitalizaci. Nejvyšší dosažené vzdělání.

Základní otázky směřované k plánovanému příjmu na standardní oddělení:

Jakým způsobem probíhalo předání informací o Vaší operaci a hospitalizaci před nástupem do nemocnice? Mohl/a byste, prosím, zhodnotit tuto přípravu?

Popsal/a byste, prosím, Váš nástup do nemocnice? Jak tento den probíhal?

Jak hodnotíte informace podané při příjmu? Jak probíhala předoperační příprava (použití dezinfekčních přípravků)?

Pomocné otázky:

Z jakých zdrojů jste čerpal/a nejvíce informací o plánované operaci? By/a jste informován/a o plánu hospitalizace? Kdo a jak Vás při příjmu informoval? Jaké byly Vaše pocity? Z čeho jste měl/a obavy?

Základní otázky směřované k průběhu pobytu na JIP:

Jaké pocity jste měl/a po probuzení z narkózy na pooperačním oddělení?

Nastaly v pooperačním období situace, na které jste nebyl/a připraven/a? Měl jste bolesti?

Jak hodnotíte informace podané po operaci?

Pomocné otázky

Co ve Vás vyvolalo pozitivní a naopak negativní prožitek? Měl/a jste z něčeho obavy?

Pokud jste něčemu nerozuměl/a, zeptal/a jste se ošetřujícího personálu?

Základní otázky směřované k období **po překladu z JIP** na intermediární a standardní oddělení:

Jak byste hodnotil/a přístup zdravotnického personálu k Vaší osobě během hospitalizace?

Jaké informace na základě zkušeností s touto hospitalizací Vám chyběly?

Jakou formu informací vnímáte jako nejpřínosnější?

Myslíte si, že Vám získané informace pomáhaly k lepší, efektivnější spolupráci se zdravotníky?

Pomocné otázky

Byly informace od zdravotnického personálu pro Vás srozumitelné? Jak byste hodnotil/a komunikaci zdravotnického personálu? Na koho jste se nejvíce obracel/a, pokud jste chtěl/a získat informace?

Doplňující otázky – diskuze

Máte Vy nějaké otázky? Chtěl/a byste něco doplnit?

Příloha č. 4 Dotazník

DOTAZNÍK

Vážený pane/paní,

dostává se Vám do rukou dotazník, o jehož vyplnění bych Vás chtěla požádat. Jmenuji se Lenka Lomozová a jsem studentkou oboru Ošetrovatelství v intenzivní péči na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Dotazník je součástí výzkumné části mé diplomové práce na téma „Hodnocení informovanosti pacientů po kardiochirurgické operaci“. Je zcela anonymní a jeho vyplněním dáváte současně souhlas se zpracováním dat pro potřeby této diplomové práce. Výsledky výzkumu by také měly posloužit zdravotníkům jako vodítko při poskytování informací pacientům, ukázat na nedostatky v této oblasti a přispět ke zvýšení spokojenosti pacientů při poskytování zdravotní péče. Pokud není uvedeno jinak, označte vždy jednu odpověď.

Pozn.: Označení zdravotní sestra je použito pro zjednodušení v rámci tohoto dotazníkového šetření a zahrnuje profese všeobecná sestra, zdravotnický záchranář, zdravotnický asistent.

Vaše pohlaví:

- a) muž
- b) žena

Váš věk:.....

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
 - b) vyučení
 - c) středoškolské
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské
-

1. Kolikrát jste absolvoval/a léčebný pobyt v nemocnici?

- a) nyní poprvé
- b) dvakrát
- c) vícekrát

2. Jaká je hlavní diagnóza nebo diagnózy, se kterými jste byl/a přijat/a na operaci?

- a) onemocnění srdeční chlopně (rekonstrukce nebo náhrada poškozené chlopně)
- b) porušené prokrvení věnčitých tepen srdce (operace bypass – „bajpas“)
- c) vrozené vady srdce
- d) jiné, prosím, uveďte
- e) nevím přesně

3. Jakou formou jste byl/a informován/a o Vaší operaci a související hospitalizaci před nástupem do nemocnice? (Můžete označit i více možností.)

- a) lékařem, který mě na operaci poslal
- b) na příjmové ambulanci nemocnice, kde jsem byl/a operován/a
- c) z informačních materiálů poskytnutých nemocnicí
- d) z internetu
- e) ze zkušeností bývalých pacientů
- f) jinak, prosím, uveďte

4. Chyběly Vám před nástupem do nemocnice nějaké informace? Pokud ano, uveďte, prosím, jaké.

- a) ano.....
- b) spíše ne
- c) ne

5. Obdržel/a jste informaci o nutnosti speciální a důkladné hygienické péče před operací? Pokud ano, pokračujte k otázce č. 6. Pokud ne, přejděte k otázce č. 7.

- a) ano, důvodem tohoto opatření je
- b) ne
- c) nepamatuji se

6. Provedl/a jste hygienickou péči doporučeným postupem?

- a) ano
- b) částečně
- c) ne, důvodem bylo.....

7. Při předložení informovaného souhlasu jste jej před podepsáním:

- a) podrobně přečetl/a
- b) většinu přečetl/a
- c) nečetl/a, stačilo mi ústní seznámení s jeho obsahem
- d) nečetl/a, a ani jiné seznámení s obsahem souhlasu jsem nedostal/a
- e) nečetl/a, a ani o jiné seznámení s obsahem souhlasu jsem neměl/a zájem
- f) nečetl/a - jiný důvod, prosím, uveďte.....

8. Navštívil Vás před operací anesteziolog (lékař, který „uspává“ při výkonu na operačním sále)? Pokud ano, prosím, vyplňte otázku č. 9. Jinak pokračujte otázkou č. 10.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Byly pro Vás informace od anesteziologa srozumitelné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

10. Byly po operaci situace, na které jste nebyl/a připraven/a? Pokud ano, prosím, uveďte jaké.

- a) ano.....
.....
- b) ne

11. Myslíte si, že bolest je nedílnou součástí pooperačního období?

- a) ano, bez bolesti to nejde
- b) ano, ale jen ve snesitelné míře
- c) ne, vždy by se měla včas řešit
- d) ne, mělo by to jít i bez bolesti
- e) jiné:.....

12. Pokud jste měl/a bolest, informoval/a jste ošetřující personál?

- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) většinou ne
- d) ne, nikdy
- e) jiné:.....

13. Znal/a jste důvody brzké rehabilitace (posazování na lůžku, vstávání z lůžka, posazování do křesla, nácvik stoje a chůze...)?

- a) ano
- b) neznal/a
- c) nevím přesně

14. Jak jste přistupoval/a k pooperační rehabilitaci?

- a) snažil/a jsem se aktivně zapojit
- b) udělal/a jsem, k čemu jsem byl/a vyzván/a, ale sám/sama jsem necvičil/a
- c) nechtělo se mi, snažil/a jsem se rehabilitaci vyhnout
- d) jiná možnost, prosím, uveďte.....

15. Znal/a jste důvody dechové rehabilitace (nácvik správného dýchání, dýchání do „trubičky“, aktivní odkašlávání...)?

- a) ano
- b) neznal/a
- c) nevím přesně

16. Jak jste přistupoval k dechové rehabilitaci?

- a) snažil/a jsem se aktivně zapojit
- b) udělal/a jsem, k čemu jsem byl/a vyzván/a, ale sám/sama jsem jí neprováděl/a
- c) nechtělo se mi, snažil/a jsem se dechové rehabilitaci vyhnout
- d) jiná možnost, prosím, uveďte.....

17. Jak se shodovalo Vaše očekávání o průběhu pooperačního období s realitou?

- a) absolutně se shodovalo
- b) většinou se shodovalo
- c) většinou se neshodovalo
- d) neshodovalo se
- e) jiné:.....

18. Dostalo se Vám srozumitelnějších informací od lékařů nebo od zdravotních sester?

- a) od lékařů
- b) od zdravotních sester
- c) od lékařů i od zdravotních sester stejně
- d) nedostávalo se mi informací, kterým bych rozuměl/a

19. Představil se Vám jménem Vaš ošetřující lékař?

- a) ano
- b) většinou ano
- c) většinou ne
- d) ne

20. Představila se Vám zdravotní sestra, která o Vás pečovala?

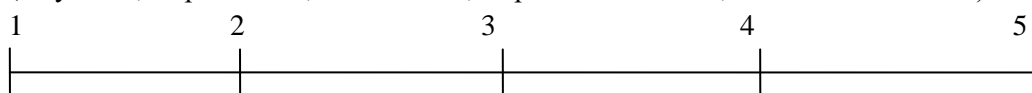
- a) ano
- b) většinou ano
- c) většinou ne
- d) ne

21. Důvěřoval/a jste zdravotníkům, kteří se podíleli na Vaší péči během hospitalizace?

- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) většinou ne
- d) ne, nikdy
- e) jiné:.....

22. Komunikaci zdravotníků během současné hospitalizace hodnotíte na škále od 1 do 5:

(1 výborná, 2 spíše dobrá, 3 dostatečná, 4 spíše nedostatečná, 5 zcela nedostatečná)



23. Myslíte si, že Vám pomáhaly získané informace (související s Vaší nemocí, operací, hospitalizací, pooperační péčí, rehabilitací apod.) k lepší, efektivnější spolupráci se zdravotníky?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

24. Jak byste obecně popsal/a Váš postoj k informacím, které se týkají Vašeho zdravotního stavu?

- a) snažím se zjistit více, než se dozvím od zdravotníků
- b) informace mi dostačují od zdravotníků, čemu nerozumím, zeptám se
- c) už se na nic neptám
- d) jiné:.....

25. Jaké informace Vám chyběly během Vaší hospitalizace?

- a) o Vašem zdravotním stavu
- b) o plánované operaci
- c) o pobytu v nemocnici
- d) o plánu péče
- e) žádné informace mi nechyběly
- f) jiné, prosím, uveďte.....

26. Jaký zdroj informací považujete za nejpřínosnější ve vztahu k Vaší nynější hospitalizaci? (Vyberte, prosím, jen jednu možnost.)

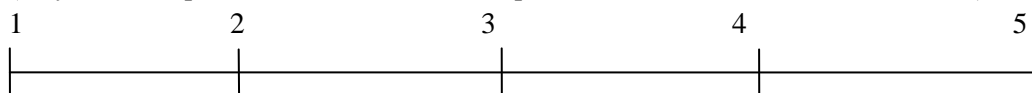
- a) lékaři
- b) zdravotní sestry
- c) ostatní pacienti
- d) příbuzní
- e) tištěné informace- literatura, časopisy, brožury, letáky..
- f) internet
- g) jiné zdroje, prosím, uveďte.....

27. Ocenil/a byste více informací v elektronické podobě na stránkách nemocnice?

- a) ano
- b) ne, nemám internet
- c) ne, využívám jiné zdroje informací
- d) jiná možnost, prosím, uveďte.....

28. Vaši informovanost během současné hospitalizace hodnotíte na škále od 1 do 5:

(1 výborná, 2 spíše dobrá, 3 dostatečná, 4 spíše nedostatečná, 5 zcela nedostatečná)



29. Jakou zkušenost s poskytováním informací máte z předchozích hospitalizací?

- a) je to má první hospitalizace
- b) poskytování informací je srovnatelné a dobré
- c) poskytování informací je zde lepší
- d) poskytování informací je zde horší
- e) poskytování informací je srovnatelné a špatné
- f) jiné:.....

30. Možná jsem se zapomněla zeptat na něco, co by podle Vás bylo užitečné k této problematice ještě sdělit. Nyní máte prostor se vlastními slovy vyjádřit.

Za Vaši ochotu při vyplňování dotazníku Vám děkuji a přeji hezký den.

